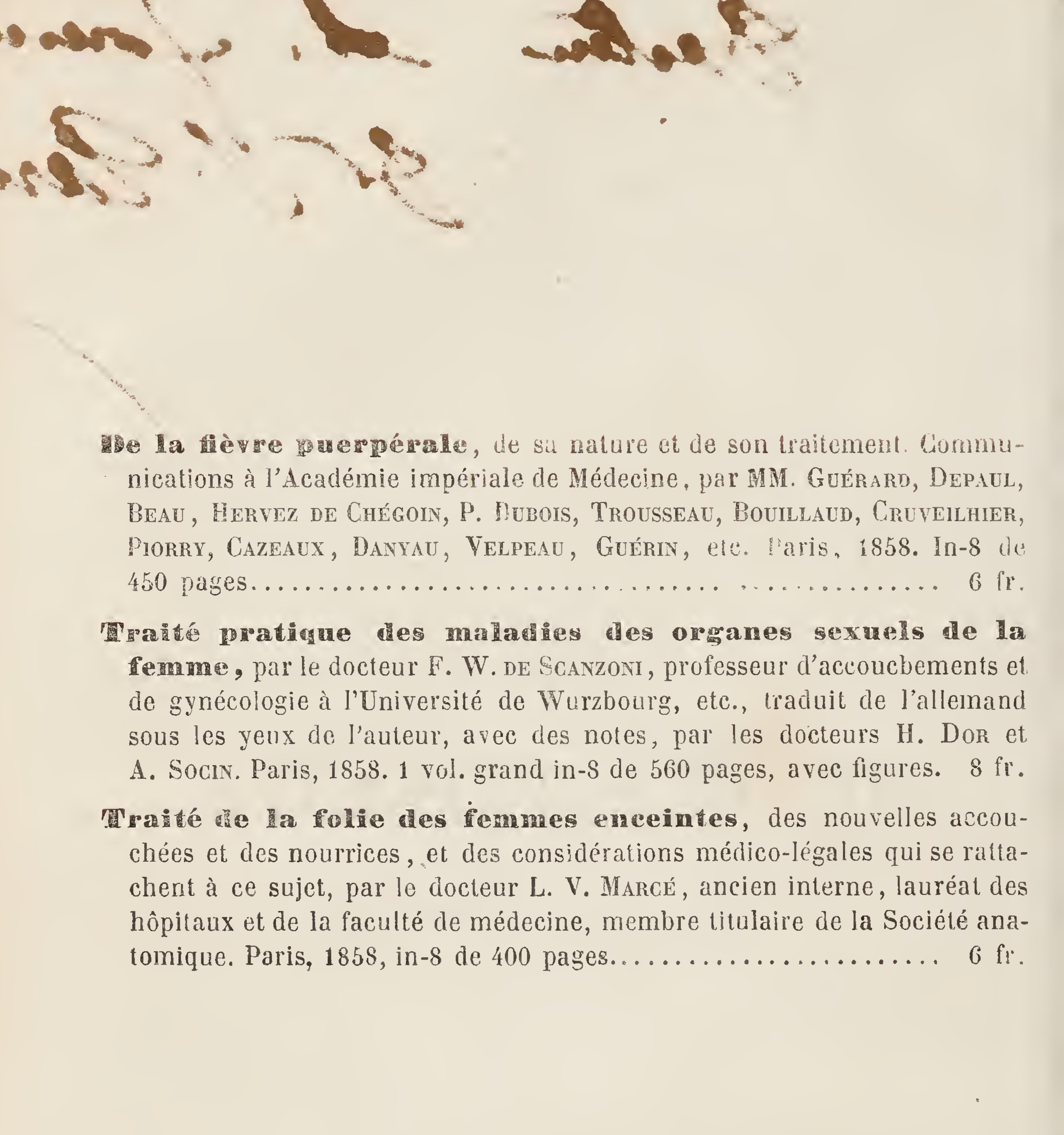




A mon ami le Docteur [illegible] souvenir
Dr J. [illegible]

DE LA

FIÈVRE PUERPÉRALE



De la fièvre puerpérale, de sa nature et de son traitement. Communications à l'Académie impériale de Médecine, par MM. GUÉRARD, DEPAUL, BEAU, HERVEZ DE CHÉGOIN, P. DUBOIS, TROUSSEAU, BOUILLAUD, CRUVEILHIER, PIORRY, CAZEAUX, DANYAU, VELPEAU, GUÉRIN, etc. Paris, 1858. In-8 de 450 pages.. 6 fr.

Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme, par le docteur F. W. DE SCANZONI, professeur d'accouchements et de gynécologie à l'Université de Wurzbourg, etc., traduit de l'allemand sous les yeux de l'auteur, avec des notes, par les docteurs H. DOR et A. SOCIN. Paris, 1858. 1 vol. grand in-8 de 560 pages, avec figures. 8 fr.

Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, et des considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet, par le docteur L. V. MARCÉ, ancien interne, lauréat des hôpitaux et de la faculté de médecine, membre titulaire de la Société anatomique. Paris, 1858, in-8 de 400 pages......................... 6 fr.

CORBEIL, imprimerie et stéréotypie de CRÉTÉ.

DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE OBSERVÉE A L'HOSPICE DE LA MATERNITÉ

PAR LE DOCTEUR

Stéphane TARNIER

ANCIEN INTERNE LAURÉAT DES HOPITAUX (MATERNITÉ 1856),
LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

PARIS

J. B. BAILLIÈRE ET FILS,
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,
Rue Hautefeuille, 19.

LONDRES
H. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET.

NEW-YORK
H. BAILLIÈRE, 290, BROADWAY

MADRID, C. BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11.

1858


WELLCOME
LIBRARY
INSTITUTE

A MESSIEURS

PAUL DUBOIS, A. DANYAU, A. DELPECH

MES MAITRES A LA MATERNITÉ.

S. TARNIER.

ERRATA.

Quelques fautes se sont glissées dans l'impression, je ne relèverai que celles qui altèrent ou dénaturent le sens des phrases, je prie donc le lecteur de vouloir bien les corriger.

Page 6, ligne 2, *au lieu de :* humeurs, *lisez*, humeur.

Page 27, ligne 31, *au lieu de :* salivaires, *lisez*, solitaires.

Page 34, ligne 1, *au lieu de :* finale ultime, *lisez*, finale, ultime.

Page 42, ligne 19, *au lieu de :* de taches rouges; d'autres fois, *lisez*, de taches rouges d'autres fois ;

Page 71, ligne 28, *au lieu de :* eus, *lisez*, eu.

Page 109, ligne 10, *au lieu de :* devra les porter à une, *lisez,* devra la porter à une.

PRÉFACE.

Malgré le grand nombre de travaux écrits sur la fièvre puerpérale, j'essaierai pourtant de dire à mon tour ce que j'ai vu et pensé ; mais ce n'est pas sans hésitation que je l'entreprends, et je ne l'ose que parce que je crois avoir été successivement placé dans des conditions aussi favorables que possible pour l'observation.

Pendant mon internat dans les hôpitaux, j'ai pu observer la forme sporadique de la fièvre puerpérale. dans un service de femmes en couches placé sous l'habile direction de mon excellent maître, M. Béhier. A la Maternité, où j'étais interne en 1856, je devins au contraire le spectateur d'une effroyable épidémie, et, comme l'a si bien dit M. Cruveilhier, ce n'est que dans ces circonstances que l'on peut se former une juste idée de la gravité d'une si terrible maladie. Le hasard a donc fait que j'ai pu recueillir un grand nombre d'observations. Aussi, dans une thèse inaugurale (1) dont on retrouvera des fragments ici, j'ai

(1) *Recherches sur l'état puerpéral et les maladies des femmes en couches*. Paris, avril 1857.

déjà abordé quelques points de l'histoire de la fièvre puerpérale, et traité en particulier de la propagation de cette maladie par contagion. Plus tard, dans un travail manuscrit déposé à la Faculté de médecine pour le concours du prix Monthyon de 1857, j'ai donné une description complète de l'épidémie dont j'avais été le témoin. Ce mémoire, rédigé sous la forme d'une monographie, devait être publié, quand M. Guérard a porté devant l'Académie de médecine la question de la fièvre puerpérale. J'ai cru alors qu'il était de mon devoir de retarder cette publication, de mettre à profit les faits nouveaux qui se produiraient dans la discussion, afin que mon travail, ainsi enrichi, fût à la hauteur des derniers documents fournis par la science. C'est ce que je me suis efforcé de faire.

Je pense souvent que ce fut avec l'appui de Madame Charrier que j'ai entrepris ces recherches, et quand tout le monde déplore la perte récente de l'habile sage-femme en chef de la Maternité, je ne saurais exprimer assez vivement mes regrets personnels; qu'on me permette du moins de les unir à la douleur d'une famille dans laquelle j'ai trouvé la plus vive amitié.

Paris, 6 juillet 1858.

S. TARNIER.

DE LA

FIÈVRE PUERPÉRALE

INTRODUCTION.

> Isoler autant que possible les nouvelles accouchées, les séparer les unes des autres.
>
> (Texte, p...)

A aucune époque les recherches anatomiques et physiologiques n'ont eu l'importance qu'on leur accorde de nos jours dans l'étude des sciences médicales ; jamais aussi on n'a dû mieux comprendre que les maladies ne sont pas des êtres à part, des entités, mais qu'elles sont le résultat apparent des troubles survenus dans tel ou tel organe, dans telle ou telle fonction, ou dans la totalité des différentes parties organisées qui constituent le corps humain.

Toutefois l'anatomiste et le physiologiste, forcés, dans leurs travaux, de procéder par la méthode analytique, se perdent ou se complaisent dans les détails, ils oublient trop souvent l'homme complet, la vie dans son ensemble, pour ne voir que la structure ou la fonction d'un seul organe.

Qu'on ouvre un livre de physiologie, on n'y apprendra pas à coup sûr la science de la vie, on n'y trouvera que des résultats partiels, au milieu d'un nombre considérable d'ob-

servations et d'expériences. Ce n'est pas une critique que nous faisons, c'est une lacune que nous constatons dans une science qui de toutes est la plus difficile; mais cette tendance presque fatale, à laquelle ont obéi l'anatomie et la physiologie, pèse lourdement sur la pathologie.

Au milieu des recherches cadavériques, le médecin est trop heureux de trouver une lésion locale à laquelle il puisse rapporter la cause de la mort, pour ne pas s'abandonner trop facilement à la satisfaction que lui donne l'anatomie pathologique, et il oublie que l'homme a été malade, pour ne voir que des organes altérés. Aussi les maladies locales ont tout envahi, et c'est à peine si dans le cadre nosologique il reste quelques maladies générales, dont on cherche encore à restreindre le nombre de jour en jour. Persister invariablement dans cette voie, c'est se condamner à n'apercevoir que l'un des coins du tableau ; mieux vaut savoir reconnaître, dans certains cas, l'insuffisance de nos connaissances anatomiques, et personne ne réclamera contre cet aveu, si l'on veut se rappeler que les liquides à peine connus, à peine décrits, forment cependant la plus grande partie du corps.

Je ne m'élève pas contre les progrès dont la médecine est et sera redevable à l'organicisme, qui lui a déjà rendu d'immenses services, mais les maladies purement locales sont moins nombreuses qu'on ne l'admet : une large place doit être accordée aux maladies générales; c'est ce que j'essaierai de montrer pour ce qui a trait aux maladies puerpérales.

On ne devrait jamais oublier combien sont étendues les conséquences de ce principe de pathologie générale, que les états morbides sont gouvernés, dans leur apparition, leur marche, leur durée, leur terminaison, leur transformation, leur reproduction, leur nature, par les conditions générales

de l'organisme, par les différents âges et par les fonctions temporaires.

C'est pour avoir méconnu ces principes, c'est pour avoir oublié l'influence de l'état puerpéral, qu'on a été amené à ne voir aucune différence entre l'état d'une nouvelle accouchée et celui d'un amputé, et la fièvre puerpérale n'a pas tardé à être remplacée par l'infection purulente ou par l'infection putride.

Pour ne pas commettre une erreur semblable, il m'a semblé qu'il serait utile de faire précéder ce mémoire de quelques considérations physiologiques sans lesquelles il serait inintelligible.

La divergence énorme des opinions que l'on rencontre dans les idées émises par les pathologistes qui se sont occupés des maladies puerpérales, tient moins à la difficulté du sujet qu'aux notions peu précises que nous possédons sur l'état puerpéral physiologique, connu de tous les médecins, mais que chacun d'eux limite ou comprend d'une manière différente.

Nous avons donné aux maladies puerpérales plus d'étendue qu'on ne leur en accorde habituellement, nous admettons que la fièvre puerpérale peut s'observer non-seulement chez les nouvelles accouchées, mais encore chez les femmes enceintes, chez les femmes à l'époque des règles, chez le fœtus et l'enfant nouveau-né ; pour être logique, nous allons montrer que l'état puerpéral n'est pas moins étendu.

Dans le langage médical habituel, on donne le nom d'*état puerpéral* à l'état particulier que présentent les nouvelles accouchées. Ainsi limité, le sens de cette dénomination est beaucoup trop restreint, et je crois qu'il faut l'étendre à l'état que présentent les femmes depuis l'époque menstruelle jusqu'à la cessation complète des fonctions qui accompagnent l'acte de la génération, c'est-à-dire jusqu'à la fin de la lacta-

tion, quand elle a lieu, et, quand elle est supprimée, jusqu'au retour des viscères du bassin à leur état anatomique ordinaire.

Déjà quelques auteurs avaient fait commencer l'état puerpéral avec la conception, et dans un livre tout récent (1), M. Monneret admet trois phases dans l'état puerpéral : la première période commence avec la conception, et dure pendant toute la grossesse ; la deuxième période comprend l'état puerpéral de tous les auteurs, celui que présentent les nouvelles accouchées ; la troisième période s'étend à toute la durée de la lactation. Nous adoptons complétement cette division, mais nous irons plus loin encore ; aux trois périodes que décrit M. Monneret, nous en ajouterons une quatrième, celle de la menstruation.

En rattachant à l'état puerpéral la période de la menstruation, je soulèverai plus d'une réflexion critique, mais j'y suis poussé malgré moi, car nous verrons que l'écoulement menstruel prédispose aux maladies qui sont réputées spéciales aux femmes en couche. Nous montrerons d'ailleurs que plus d'un rapprochement peut être fait entre l'état de la femme, au moment de ses règles, et celui qui succède à l'accouchement, et que ce n'est guère que par l'influence que les mots ont sur les idées, qu'on éprouve de la répugnance à dire qu'une femme qui n'a jamais eu d'enfant est sous l'influence de l'état puerpéral. Le langage se prête mal à cette extension, je l'avoue ; il faut qu'on l'oublie pour un instant. D'ailleurs, qui n'eût ri d'incrédulité, il y a un siècle, si quelqu'un eût dit que périodiquement les femmes ont une véritable ponte ?

Pour nous, nous ne voyons, dans la menstruation, dans la gestation, dans la parturition, qu'une série de faits insépara-

(1) Monneret, *Traité de pathologie générale*, Paris, 1856.

bles, qui tendent au même but, à la reproduction de l'espèce.

La menstruation, comme la grossesse et la parturition, a pour siége les organes génitaux internes : c'est avec elle que commencent la congestion et l'hypertrophie de l'utérus, dont le surcroît de vitalité, une fois mis en jeu, ne fait qu'augmenter avec la grossesse ; c'est par la menstruation que l'ovule est amené dans l'utérus, où il continue de se développer pendant la gestation.

Entre l'écoulement menstruel et l'accouchement il existe plus d'un trait de ressemblance : ces deux actes ont pour résultat l'expulsion de l'œuf humain ; tous deux s'accompagnent de douleurs utérines et d'écoulement sanguin ou lochial, qui, dans les deux cas, peut déterminer des tranchées utérines. L'expulsion de l'enfant est toujours suivie de celle de la membrane muqueuse de l'utérus, qui porte le nom de membrane caduque, mais pendant les règles, surtout quand elles sont difficiles, on observe quelquefois l'expulsion de la membrane muqueuse utérine ; c'est ce que l'on a désigné sous le nom de dysménorrhée membraneuse. Le gonflement des seins et la sécrétion du lait, qu'on observe presque constamment chez une nouvelle accouchée, se montrent parfois aussi chez les femmes au moment de leurs règles.

La menstruation et l'écoulement menstruel semblent donc n'être qu'une miniature de la grossesse et de l'accouchement, puisqu'on y retrouve l'hypertrophie de l'utérus, les douleurs utérines, l'écoulement sanguin ou sanguinolent, l'expulsion de l'œuf, le gonflement des mamelles et quelquefois jusqu'à la production du lait.

Les époques menstruelles déterminent souvent des troubles fonctionnels dans le tube digestif et dans le système nerveux, et c'est aussi dans les mêmes appareils que, pendant la grossesse, on voit survenir les plus grands dérange-

ments; nous n'en voulons pour preuve que les vomissements et les changements d'humeurs, qui sont si fréquents dans l'un et l'autre cas.

Enfin nous avons vu la fièvre puerpérale se développer chez les femmes enceintes et chez des femmes au moment de leurs règles, sans lésion appréciable dans les organes génitaux. Nous appelons ici l'attention sur ces faits sur lesquels nous reviendrons plus loin, parce qu'ils nous paraissent avoir la plus grande importance, tant pour la limitation de l'état puerpéral que pour le siége, la nature et le mode de propagation de la fièvre puerpérale.

Communauté d'action, identité dans les modifications anatomiques, analogie dans les fonctions, prédispositions aux mêmes maladies, tels sont les caractères qui nous ont fait comparer la menstruation à la grossesse et qui nous ont permis de la rattacher à l'état puerpéral.

Si l'on veut peser attentivement les considérations précédentes, on cessera de s'étonner quand nous rapporterons deux observations de fièvres puerpérales chez deux jeunes filles, pendant leurs règles.

J'insiste sur les caractères de l'état puerpéral, parce que les mettre en relief c'est démontrer en même temps que les maladies puerpérales possèdent des caractères spéciaux ; nées au milieu d'un organisme transformé par des conditions nouvelles, elles doivent avoir en pathologie une place distincte, au même titre qu'en physiologie l'état puerpéral mérite un chapitre séparé.

Je m'écarterais de mon but en poursuivant l'étude des trois dernières périodes de l'état puerpéral ; il me suffira d'en rappeler les traits les plus saillants : changements anatomiques et physiologiques dans les organes du bassin, modifications dans les conditions de la respiration et dans les

qualités du sang, avec augmentation de la quantité normale de la fibrine; troubles de la digestion, troubles dans le système nerveux, influence puissante sur tous les grands appareils sécrétoires : pour preuve, je citerai la présence de la kyestéïne dans les urines, de l'albumine quelquefois, le ptyalisme chez certaines femmes, la glycosurie physiologique décrite par M. H. Blot (1), ou, pour ne rien préjuger, la production de la substance qui donne des réactions chimiques analogues à celles de la glycose. A cette série de faits, nous ajouterons la production des ostéophytes crâniens (2), et l'état graisseux du foie (3).

L'accouchement amène des changements plus grands encore, qui sont étudiés dans tous les livres, mais la parturition, en plaçant la mère dans des conditions spéciales, donne naissance à un enfant qui subit l'influence de l'état puerpéral, puisqu'il est sujet comme la mère à périr de fièvre puerpérale; on s'explique cette anomalie apparente en réfléchissant aux liens intimes qui unissaient naguère la mère et le fœtus, et qui les faisaient vivre, on peut le dire, de la même vie. L'accouchement les sépare violemment, ils obéiront dès lors à leur tendance individuelle, mais dans les premiers jours de leur séparation, la différence entre eux n'est pas assez grande pour qu'ils ne soient pas exposés à ressentir les effets de la même influence morbide.

Ce n'est donc pas chez les femmes seulement, mais encore chez le fœtus et le nouveau-né, qu'il convient d'étudier l'état puerpéral. J'emprunterai le développement de cette idée à deux citations. En 1855, mon ancien collègue et ami, le doc-

(1) *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, t. XLIII, séance du 6 octobre 1856.

(2) Ducrest, *Thèse de Paris*, 1844, no 12. — *Mémoires de la Société médicale d'observation*, Paris, 1844, t. II, p. 381.

(3) Tarnier, *Gazette médicale*, 31 janv. 1857; ou *Thèse de Paris*, avril 1857.

teur Lorain, a dit (1) : « Je ne doute pas que le titre de « ce mémoire ne m'attire des critiques en apparence bien « fondées; il semble qu'on ne doive point chercher la « fièvre puerpérale ailleurs que chez les femmes, puisqu'elles « seules peuvent se trouver dans les conditions qu'on est con- « venu d'appeler l'état puerpéral, et cependant les enfants « nouveau-nés et les fœtus sont aussi atteints de fièvre puer- « pérale...... Nous montrons qu'il n'existe aucune différence « dans les lésions anatomiques essentielles. Ce sera donc dans « les conditions très-différentes de la mère et de l'enfant que « consistera l'objection. *Je demanderai si l'on est bien sûr « que les conditions de la mère et du fœtus soient essentielle- « ment différentes.* »

Le docteur Duhamel (2) a, de son côté, publié à peu près les mêmes idées : « Mon attention fut frappée de la constance « des maladies qui affectaient les enfants des femmes atteintes « de fièvre puerpérale et des analogies qui existent entre « toutes ces maladies..... Il y avait là un rapport évident; « mais était-ce seulement l'influence puerpérale épidémique « qui agissait sur l'enfant comme elle avait agi sur la mère, ou « bien y avait-il une influence directe de la mère sur son « enfant? ..... Evidemment, entre la fièvre puerpérale que « l'on observe chez les enfants et la maladie de leurs mères, « il y a plus qu'une simple coïncidence, qu'un simple effet « du hasard..... Sans doute on pourra objecter que presque « toujours la fièvre puerpérale ne débute qu'après l'accou- « chement, mais rien ne prouve qu'il n'y ait pas, avant l'in- « vasion apparente des symptômes, une période latente, pen- « dant laquelle l'organisme subit une certaine modification

(1) Lorain, *De la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né*, Paris, 1855.

(2) Duhamel, *Thèse*, Paris, 1850.

« inappréciable, qui peut produire chez l'enfant une dispo- « sition morbide..... Ce retentissement de la mère sur l'en- « fant, tout mystérieux qu'il puisse paraître, ne serait pas, « comme on sait, spécial à la fièvre puerpérale. »

C'est aujourd'hui un fait acquis à la science que non-seulement les enfants des femmes malades, mais encore les enfants de celles qui jouissent de la meilleure santé, succombent en grand nombre en présentant tous les signes de la fièvre puerpérale ; j'ai pu maintes et maintes fois en vérifier l'exactitude, on pourra d'ailleurs s'en convaincre en examinant un tableau de mortalité placé plus loin, et, comme M. Lorain, je ne puis expliquer ce fait qu'en assimilant l'état de l'enfant à celui de la mère, qu'en étendant jusqu'à l'enfant nouveau-né l'influence de la puerpéralité.

On a souvent comparé le développement des maladies dans l'organisme au développement des plantes dans un terrain; ce n'est que placées dans des conditions identiques que croissent certaines espèces végétales, ce n'est aussi que dans des conditions spéciales qu'on peut observer le développement d'une même maladie. La fièvre puerpérale s'observe non-seulement chez les nouvelles accouchées, mais elle se produit encore chez les femmes pendant la menstruation ou pendant la grossesse, elle naît aussi chez le fœtus et le nouveau-né, nous croyons donc qu'il faut étendre à ces différents états les caractères et les limites de l'état puerpéral, et nous avons essayé d'en esquisser l'étude en montrant qu'en cela la physiologie et la pathologie n'étaient pas en désaccord, mais qu'elles se prêtaient au contraire un mutuel appui.

En décrivant le développement de la fièvre puerpérale chez les femmes ou les jeunes filles, au moment de l'époque menstruelle, je m'appuie sur l'autorité de M. Paul Dubois, qui a observé un assez grand nombre de cas de ce genre.

Cependant M. Depaul a rapporté (1) une observation dans laquelle une élève de la Maternité, placée en dehors de l'influence de la menstruation, n'en succomba pas moins à la fièvre puerpérale. L'observation recueillie par M. Depaul me paraît une exception, et je dirai de la fièvre puerpérale, développée dans ces circonstances, ce que je dirais de la conception : l'une et l'autre naissent, en effet, et se développent au moment de l'ovulation; néanmoins, chacun le sait, une femme peut devenir enceinte entre deux époques menstruelles, et quand le développement de la conception est un fait possible, pourquoi n'en serait-il pas de même pour celui de la fièvre puerpérale? Avant la puberté ou après le ménopause, je suis convaincu qu'une femme, mise dans les mêmes conditions, n'eût pas contracté la fièvre puerpérale : *Propter uterum solum, tota fœmina est id quod est.*

Je suis bien autrement embarrassé en face de l'opinion de M. Trousseau (2), qui a soutenu devant l'Académie que la fièvre puerpérale sévissait non-seulement sur les femmes, mais qu'elle s'étendait encore aux hommes blessés ou non. Je repousse complétement cette opinion, mais elle vient d'un maître qui a une si grande autorité, que nous la discuterons tout au long dans le chapitre où il sera traité de la nature de la fièvre puerpérale.

L'épidémie que nous avons observée a commencé dans les premiers jours d'avril 1856, et, jusqu'au 10 mai, elle sévit avec une grande intensité, puisque, pendant cette époque, soixante-quatre femmes succombèrent. L'acuïté de l'épidémie n'avait rien perdu de son énergie quand l'administration des hôpitaux, justement effrayée, fit fermer la Maternité, à la demande des médecins de cet établissement. C'est alors

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIII, 1858, p. 403.
(2) *Ibid.*, p. 484.

que la fièvre puerpérale éclata dans différents hôpitaux, à l'hôpital Cochin, à l'hôpital des Cliniques, à l'Hôtel-Dieu, à Lariboisière. Plus tard la Maternité fut ouverte de nouveau, et nous pûmes observer la période décroissante de l'épidémie pendant les mois de septembre et d'octobre; elle disparut ensuite définitivement.

A la Maternité, les femmes ne sont transportées dans le service de médecine que lorsqu'elles deviennent malades; de là est née cette opinion que les observations ne pouvaient y être qu'insuffisantes. C'est un devoir pour moi de dire hautement que toujours j'ai pu voir à plusieurs reprises toutes les nouvelles accouchées, et je n'y ai jamais manqué chaque jour pendant tout le temps qu'a duré l'épidémie. J'ai recueilli toutes les observations, et j'en joindrai à ce mémoire un assez grand nombre, qui me paraissent suffisamment complètes pour les justifier de ce reproche.

J'ai étudié successivement, dans des chapitres particuliers, l'anatomie pathologique, les symptômes, la marche, la durée, la terminaison, le diagnostic, le pronostic, l'étiologie, la propagation, la prophylaxie, le traitement et la nature de la fièvre puerpérale. Viennent ensuite les observations qui ont servi de base à ce travail; elles sont rangées dans l'ordre suivant : 1° observations de fièvre puerpérale chez deux jeunes filles; 2° observation de fièvre puerpérale chez une femme enceinte; 3° observations suivies de mort, traitements divers; 4° observations suivies de mort, traitement par le sulfate de quinine; 5° observations de cas graves suivis de guérison; 6° observations de cas légers; 7° une observation de phlébite utérine suivie d'infection purulente.

Ces observations n'ont rien de spécial, on en trouve partout de semblables; les faits publiés ont entre eux la plus grande analogie, et la dissidence qui sépare les auteurs mon-

tre, une fois de plus, qu'il ne suffit pas d'amasser des faits pour constituer la pathologie; toute leur signification vient de la manière dont on les interprète.

CHAPITRE I.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les cadavres des femmes mortes de fièvre puerpérale se putréfient rapidement, et presque toujours ils présentent, au moment de l'autopsie, une teinte verdâtre, plus ou moins prononcée, surtout au niveau de l'abdomen. Des traînées rougeâtres, parallèles aux membres, suivent le trajet des veines sous-cutanées; elles indiquent que le sang, ou du moins sa matière colorante, imbibe les tissus environnants après avoir traversé les parois des vaisseaux.

§ I. — *Sang.*

Je commence par déclarer que je ne comprends pas l'existence de la fièvre puerpérale sans altération; mais, en admettant l'existence nécessaire d'une lésion, je crois qu'il serait impossible à l'anatomiste le plus habile de montrer toujours, le scalpel en main, en quoi elle consiste. Dans certains cas on ne trouve, en effet, d'autre lésion organique qu'une modification dans les éléments du sang; j'ai relaté dans ma thèse (1) trois cas de ce genre; M. Depaul en a cité d'autres dans son discours à l'Académie (2). C'est à tort qu'on a qua-

(1) *Loc. cit.*, p. 41 et suiv.
(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIII, 1858, p. 395.

lifié ces faits d'observation de fièvre puerpérale *sans lésion* ; c'est *sans lésion appréciable* qu'il eût fallu dire.

Dans toutes les autopsies nous avons toujours trouvé le sang altéré; ce liquide a tous les caractères du sang des typhus, il se coagule mal; tiré de la veine, il présente une couenne flasque, molle, verdâtre; il se décompose rapidement à l'air libre; il paraît avoir perdu ses éléments de plasticité, et sa matière colorante imbibe les parois des veines, les traverse même et produit les traînées rougeâtres dont nous avons parlé, ou colore en rouge les liquides épanchés dans les plèvres ou dans le péricarde. Lorsqu'on incise une veine, on voit le sang couler comme du sirop, il a l'aspect huileux, il ressemble à de la gelée de groseille mal cuite.

Une seule fois nous avons eu l'occasion de faire examiner au microscope du sang recueilli sur le vivant, et il ne présentait rien d'anormal. M. Ch. Robin, dans une observation de fièvre puerpérale sans lésion appréciable, publiée par M. Bouchut (1), avait cru trouver dans le sang des globules purulents ; mais, d'après la description qu'il a donnée, il est probable qu'il n'avait vu que des globules blancs ; aujourd'hui l'habile micrographe serait à l'abri d'une semblable erreur.

Il est plus facile de voir que le sang est altéré que de décrire cette altération ; j'emprunterai cependant au discours de M. Depaul (2), quelques résultats remarquables consignés par le professeur Vogel dans le *Manuel de Virchow* :

1° Le sang était acide, et ce fait serait dû à la présence de l'acide lactique.

2° On y aurait trouvé du carbonate d'ammoniaque.

3° Dans d'autres cas, de l'hydrosulfate d'ammoniaque.

4° Il aurait perdu la faculté de se coaguler.

(1) *Gazette médicale*, 1844.

(2) *Loc. cit.*

5° Les globules ne seraient plus aptes à rougir au contact de l'air, et par conséquent ne pourraient plus jouer leur rôle pendant l'acte de la respiration.

6° Les globules seraient en partie décomposés et dissous dans le sérum, qui offrirait une coloration rougeâtre ou d'un brun sale.

En France, des recherches assez nombreuses ont été faites sur la quantité de fibrine; c'est ainsi que M. Hersent (1), après avoir analysé le sang de quinze femmes affectées de fièvre puerpérale, a trouvé, dans ces quinze cas, que la proportion de la fibrine était de 4,3. Or, ce chiffre est bien supérieur à celui qu'on trouve dans les pyrexies, et dans la fièvre typhoïde en particulier; ces résultats sont importants, mais c'est à tort que l'on y verrait une preuve de la nature phlegmasique de la fièvre puerpérale. Il faut se rappeler, en effet, que normalement la fibrine augmente considérablement pendant la grossesse; c'est ce qui ressort évidemment des travaux de MM. Andral et Gavarret, Becquerel et Rodier, Regnauld, Robin et Verdeil (2). La moyenne physiologique de la fibrine est de 3 millièmes, mais à la fin de la grossesse elle atteint le chiffre de 4 millièmes, son maximum va jusqu'à 4,8, et la moyenne est de 4,3; ce dernier chiffre est précisément celui indiqué par M. Hersent dans les cas de fièvre puerpérale.

On le voit donc, si la quantité de fibrine ne diminue pas, du moins elle n'augmente pas pendant le cours d'une fièvre puerpérale.

(1) *Thèse de Paris*, décembre 1845.

(2) Robin et Verdeil, *Traité de chimie anatomique et physiologique*, Paris, 1853, t. III, p. 203.

§ II. — *Abdomen, péritoine, phlegmon purulent sous-péritonéal.*

L'abdomen est presque toujours volumineux, tendu, sonore; à son ouverture, des gaz fétides s'échappent en abondance. Quelquefois le péritoine est sain, comme nous avons pu le voir à l'hôpital Beaujon, mais à la Maternité nous avons constamment trouvé les traces d'une péritonite. Cette constance dans une lésion aussi grave tenait probablement au génie épidémique qui régnait à l'époque où nous observions. C'est à peine si quelquefois le péritoine renferme une petite quantité de sérosité louche; il semble alors que les malades aient succombé sans que la péritonite ait eu le temps de se développer, et que la mort l'ait arrêtée au milieu de son invasion; à un degré plus avancé, la sérosité péritonéale est plus abondante, puis elle devient purulente; plus tard, on trouve de l'injection de la séreuse, manifeste surtout sur l'intestin grêle, qui présente tantôt une arborisation légère et tantôt une injection très-fine; des flocons purulents de consistance crémeuse nagent dans le liquide épanché en quantité variable, et semblent parfois remplacer la sérosité; ils recouvrent la plupart des viscères abdominaux, mais constamment ils sont plus larges, mieux formés dans la cavité du bassin, souvent même ce n'est que là qu'on les trouve; de préférence ils coiffent l'utérus comme d'une véritable calotte.

La quantité du liquide épanché est variable, comme nous l'avons dit, mais le plus souvent elle est considérable. Tandis que l'inflammation franche des séreuses amène l'accollement des viscères, qui sont alors non-seulement agglutinés, mais véritablement réunis par des pseudo-membranes, rien de pareil n'a lieu dans les inflammations consécutives à la fièvre

puerpérale; ici la sérosité et le pus remplacent la lymphe plastique : les intestins se séparent sous la moindre traction; presque tous les organes abdominaux, le foie en particulier, sont recouverts par une pellicule jaunâtre, peu adhérente, qui s'enlève par le moindre frottement.

La péritonite est presque toujours générale; nous avons une seule fois trouvé une péritonite partielle, enkystée, mais la femme était malade depuis longtemps et avant que l'épidémie eût commencé.

Lorsque la péritonite existe, ce n'est pas seulement dans la cavité intra-péritonéale que l'épanchement peut avoir lieu, le pus se produit aussi à sa surface externe :

« Comme annexe de la péritonite puerpérale, je placerai « l'inflammation diffuse, ou phlegmon diffus du tissu cellu- « laire sous-péritonéal, inflammation extrêmement fréquente, « presque aussi fréquente que la péritonite puerpérale, qu'elle « accompagne dans l'immense majorité des cas, toujours « suppurée, qui occupe le tissu cellulaire sous-péritonéal de « l'utérus qu'elle infiltre, et le tissu cellulaire des ligaments « larges : j'ai vu plusieurs fois cette infiltration purulente « occuper les fosses iliaques, se prolonger en haut le long « des vaisseaux ovariens jusqu'au rein; à droite, autour du « cœcum et du côlon ascendant; au milieu, le long de l'aorte « et de la veine cave ascendante, jusque dans l'épaisseur du « mésentère; d'une autre part, le phlegmon diffus sous-péri- « tonéal s'étend en bas dans le tissu cellulaire qui tapisse « l'excavation pelvienne, dans le tissu cellulaire intermé- « diaire au vagin et à la vessie; je l'ai vu se prolonger autour « du vagin, et envahir même les parois de ce conduit infil- « trées de pus dans toute leur épaisseur (1). »

(1) Cruveilhier, *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIII, 1858, p. 523.

L'inflammation du péritoine est si fréquente dans la fièvre puerpérale, qu'on a désigné cette maladie sous le nom de *péritonite puerpérale*, mais il ne faut pas oublier qu'elle manque quelquefois, et M. Charrier (1) a publié la relation d'une épidémie dans laquelle les lésions habituelles du péritoine étaient remplacées par l'inflammation des plèvres.

§ III. — *Utérus.*

La mort survenant peu de temps après l'accouchement, l'utérus est presque toujours volumineux, sa consistance est variable; tantôt il est ferme et résistant et semble parfaitement sain, tantôt il est flasque et mou. La tunique séreuse est soulevée parfois par des collections purulentes qui apparaissent sous la forme de bulles plus ou moins volumineuses, qui ont de la ressemblance avec les collections purulentes contenues dans les lymphatiques, aussi est-il quelquefois difficile d'en bien déterminer le siége.

L'aspect extérieur de l'utérus n'est nullement en rapport avec les lésions plus profondes, et ce n'est qu'après avoir coupé le tissu utérin avec le plus grand soin, surtout au niveau de l'insertion des ligaments larges et au niveau du col, qu'on est à même de bien apprécier la nature et l'étendue des lésions. Avant de couper ainsi l'utérus, on devra l'inciser sur la face médiane et antérieure afin d'examiner sa cavité. La surface interne de l'utérus est tapissée par une couche grisâtre, ramollie, très-fétide, baignée dans de la sanie ichoreuse; en raclant avec le scalpel cette couche putrescente, il n'est pas rare de mettre à nu l'orifice béant d'un sinus rempli de pus ou de sanie. D'autres fois la putrescence est moins avancée, et

(1) *De la fièvre puerpérale, épidémie observée en* 1854 *à la Maternité de Paris, Thèse de la Faculté de médecine*, Paris, 1855.

la cavité utérine est tapissée par un liquide blanchâtre qui paraît renfermer du pus de bonne nature.

Ces différents états trouvent, selon moi, leur explication dans l'élimination forcée des parcelles du placenta qui, en plus ou moins grand nombre, restent toujours adhérentes à la face interne de l'utérus, et dont la décomposition donne aux lochies leur odeur repoussante; la putréfaction cadavérique fait le reste; aussi la sanie est d'autant plus abondante que les débris placentaires sont plus volumineux.

On a cependant comparé cet aspect de l'utérus à celui que présentent les plaies dans la pourriture d'hôpital; cette lésion a paru assez importante pour en faire une maladie particulière, *putrescentia uteri*, de Boër, décrite surtout par M. Luroth à Strasbourg et par M. Danyau (1) à Paris. M. Hervez de Chégoin (2) et M. Dumontpallier (3) ont vu dans ces conditions tous les éléments nécessaires à l'infection putride; ils en ont conclu que l'empoisonnement chez les femmes en couches se fait d'une manière toute mécanique par la face interne de l'utérus primitivement altérée.

Je n'insisterais pas davantage sur cette question si mon cher maître M. Béhier, avec sa lucidité habituelle et une rigueur parfaite dans l'observation, n'avait pas de nouveau fixé l'attention (4) sur les altérations de la face interne de l'utérus. Pour M. Béhier, on doit rapporter à deux formes distinctes les altérations gangréneuses chez les femmes en couches. Dans l'une, une partie de la surface interne de l'utérus, presque toujours le col et la partie la plus inférieure de la cavité du corps de cet organe, offrent une coloration d'un

(1) *Thèse de la Faculté de médecine*, Paris, 1825.
(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1858, p. 464 et suiv.
(3) *Thèse de Paris*, 1857.
(4) *Lettres sur la maladie dite fièvre puerpérale.* — *Union médicale*, 23 mars 1858.

noir livide tout à fait analogue à celle des escharres gangréneuses de la peau ; on peut même parfois observer une sorte de ligne de démarcation entre les bords de l'escharre et les parties environnantes. Dans ces cas rapportés au nombre de 11, et qui tous ont trait à des femmes chez lesquelles on avait fait une application du forceps, ou chez lesquelles le travail avait été très-prolongé, l'altération doit être rapportée à une gangrène par contusion, à un véritable effet traumatique.

« Quelque intéressants que puissent être ces exemples, il « n'y a pas lieu d'insister beaucoup à leur sujet. Ils ne ren- « trent pas dans les points les plus litigieux de la question « qui nous occupe, et rien, en tant qu'affection gangréneuse, « ne les distingue et ne les sépare, au point de vue nosologique, « des gangrènes traumatiques par contusion et par compres- « sion. Seulement, il importait de les mentionner, parce que « ces modifications ont assurément une valeur considérable « dans la production des accidents et dans l'apparence des « symptômes (1). »

Dans la seconde forme, rencontrée dans 22 autopsies, le médecin de l'hôpital Beaujon a trouvé des lésions identiques avec la pourriture d'hôpital. Voici la description qu'il en donne : La face interne de l'utérus est recouverte, dans toute son étendue, d'une couche pseudo-membraneuse, inégale, comme gaufrée, rappelant, pour la disposition de sa surface, qui est sillonnée assez régulièrement de petites raies plus minces, l'apparence extérieure de ces lichens étendus par plaques sur les troncs de certains arbres. La coloration gris-verdâtre de ces fausses membranes ajoute encore à cette analogie d'aspect. Les coupes pratiquées sur plusieurs points montrent que cette coloration s'étend un peu dans le tissu de

(1) Béhier, *Union médicale*, loc. cit., 1858.

l'utérus lui-même, au lieu d'être bornée à la surface seule. Le tissu n'est nullement ramolli et est assez dense pour rendre un certain son sous le couteau qui le divise.

Toute cette surface interne de l'utérus est baignée par une sanie d'un gris foncé verdâtre, assez analogue, pour l'apparence, à l'eau des ruisseaux fangeux ; l'odeur en est d'une fétidité excessive.

Trois fois les veines ou les sinus utérins étaient remplis de sanie putride (1).

Pour M. Béhier, comme pour M. Dumontpallier, ces lésions rendent facile l'infection putride; c'est ainsi que se trouveraient expliqués les faits signalés dans ma thèse comme des exemples de fièvre puerpérale sans lésions anatomiques appréciables.

Quelque grande que soit l'importance qu'on accorde à l'infection putride, elle resterait impuissante à expliquer la plupart des faits. Cette opinion n'a pas de preuve directe, elle tombe d'ailleurs devant les observations dans lesquelles la face interne de l'utérus est parfaitement intacte, ainsi qu'on en trouve des exemples dans les travaux de MM. Voillemier, Moreau, Bidault et Arnoult, et dans la première de nos observations relative à un cas de fièvre puerpérale développée chez une jeune fille, l'autopsie ayant démontré que l'utérus et ses annexes étaient parfaitement sains.

§ IV. — *Phlébite utérine.*

Nous ne dirons pas que la phlébite utérine est constante, mais nous ne l'avons vue manquer que deux fois. Rien n'est plus facile que de la reconnaître : les incisions multiples qu'on pratique dans l'utérus divisent les sinus en grand nom-

(1) *Loc. cit.*

bre, et, quand ils contiennent du pus, leur ouverture semble faire croire au premier abord que l'incision a porté sur un petit abcès : quelques gouttes de pus s'écoulent en mettant à nu une cavité nettement limitée, qui n'est autre que le sinus utérin lui-même ou une veine utérine. On peut s'en assurer par l'introduction d'un stylet qui permet d'inciser les sinus sur une grande étendue.

Dans un assez grand nombre de cas, le pus n'est pas arrivé à un état complet de formation, il n'est point liquide, et, quand on ouvre un sinus, on aperçoit une matière jaunâtre, demi-concrète, peu adhérente, qui s'enlève facilement avec le manche du scalpel.

Le volume de ces diverses collections purulentes dépend de la capacité des vaisseaux ; souvent plus petites, elles atteignent quelquefois à la grosseur d'une amande.

Les parois des veines et des sinus sont indurées, et souvent au dehors de leur cavité, dans le tissu utérin lui-même, on aperçoit des amas purulents d'étendue variable, qui attestent que l'inflammation n'est pas restée limitée uniquement dans les veines; mais jamais, dans ces conditions, le pus n'est réuni en collection, il est toujours à l'état d'infiltration.

Au milieu du lacis que forme l'appareil veineux de l'utérus, il est difficile de suivre longtemps le même vaisseau, j'ai cependant disséqué souvent les veines hypogastriques, et jamais je n'y ai trouvé de caillot oblitérateur ; il est vrai qu'elles contiennent rarement du pus, mais je n'ai pas été plus heureux dans le corps même de l'utérus, aussi, sans oser l'affirmer, je suis porté à croire que le rôle des caillots dans la phlébite a été au moins exagéré. Il est vrai que des caillots de petit volume sont souvent contenus dans la cavité des sinus, mais leur défaut d'adhérence aux parois veineuses ne forme aucun obstacle au passage du pus.

L'inflammation des veines, circonscrite le plus souvent dans l'utérus ou ses annexes, s'étend quelquefois bien au delà, remonte dans les veines hypogastriques et iliaques, ou descend dans les veines fémorales, en donnant lieu à ces symptômes qu'on a désignés sous le nom de *phlegmasia alba dolens*.

Avec des phlébites suppurées aussi fréquentes, on s'attend à rencontrer souvent des abcès métastatiques ; on en trouve en effet, et nous en avons vu dans le foie, dans les reins, dans la rate, dans les poumons ; mais on peut dire que, relativement au nombre des phlébites, leur formation est exceptionnelle. Dans ces résultats, je suis heureux d'être du même avis que mon maître, M. Béhier ; je ne me chargerai pas d'expliquer les faits, mais je les crois, avec lui, bien observés.

J'ai dit dans ma thèse que, dans une autopsie, j'avais trouvé un abcès métastatique dans le calibre de la veine cave inférieure. Depuis cette époque, j'ai vu des faits analogues, et il est à peu près démontré que ces prétendus abcès, que l'on rencontre à l'intérieur des vaisseaux sanguins, ne sont formés que par une agglomération de globules blancs du sang ; il est donc probable que j'ai commis une erreur en confondant ces globules avec du pus.

§ V. — *Lymphangite utérine.*

Après la phlébite, on devait nécessairement rechercher l'angioleucite, et c'est à son étude que MM. Tonnellé, Botrel, Duplay, Nonat, ont consacré chacun un mémoire. L'angioleucite, si fréquente dans l'épidémie observée par M. Botrel (1), n'existait en 1856, à la Maternité, que dans des cas exceptionnels ; j'ai trouvé alors des traînées blanchâtres qui ram-

(1) *Archives générales de médecine*, 1845.

paient sous le péritoine, et qui indiquaient qu'en ce point les lymphatiques contenaient du pus; il est d'ailleurs facile de s'en assurer directement, mais j'avoue qu'il m'a été impossible de voir si les parois des vaisseaux étaient enflammées. Une seule fois j'ai trouvé un ganglion lombaire suppuré. Malgré la persuasion où je suis, que les différentes épidémies peuvent donner lieu aux lésions les plus diverses, j'ai peine à croire que M. Botrel ne se soit pas trompé quelquefois; il décrit en effet, dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus, des collections purulentes dont la description ressemble, à s'y méprendre, à celle que Dance a donnée de la suppuration des sinus, en appuyant ses observations par des injections poussées dans la veine cave. Nous reprocherons encore à M. Botrel d'avoir pensé que la lymphangite pouvait, aussi bien que la phlébite, déterminer l'infection purulente et des abcès métastatiques. Il a pu, il est vrai, suivre une fois du pus jusque dans le réservoir de Pecquet et le canal thoracique; mais c'est là un fait exceptionnel.

A l'Académie de médecine, M. Cazeaux est venu affirmer de nouveau que la lymphangite est beaucoup plus fréquente que la phlébite, et son opinion a été confirmée par M. Cruveilhier : « Tous ou presque tous les sujets morts du typhus « puerpéral, à l'hospice de la Maternité, depuis juin 1830 jus- « qu'à septembre 1832, m'ont présenté, à un degré plus ou « moins considérable, de la suppuration dans les vaisseaux « lymphatiques, tandis que, pendant le même espace de « temps, je n'ai eu à constater par l'autopsie que huit cas de « phlébites utérines suppurées (1). »

Ces résultats offrent précisément la contre-partie de ce qu'a décrit M. Béhier, de ce que j'ai moi-même observé.

(1) Cruveilhier, *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIII, 1858, p. 531.

Nous ne saurions prétendre que nous ne nous sommes jamais trompé, quand M. Cruveilhier avoue lui-même qu'il a commis des erreurs, mais nous croyons bien plutôt que cette divergence d'opinion tient à une différence dans les faits.

Il faut donc bien se garder de confondre les vaisseaux lymphatiques avec les veines purulentes. Les vaisseaux lymphatiques purulents ont des parois extrêmement minces et transparentes en général. Ils sont dépourvus d'adhérences avec les parties voisines; ils sont moniliformes, leur dilatation, quand ils sont sous-péritonéaux, est quelquefois énorme, surtout dans les ampoules intermédiaires aux valvules. Ces vaisseaux sont, pour la plupart, placés sous le péritoine; plusieurs sont séparés de la séreuse par une couche mince de fibres utérines; d'autres, en grand nombre, occupent l'épaisseur de l'utérus.

§ VI. — *Annexes de l'utérus.*

Les annexes de l'utérus présentent des altérations importantes : le plus souvent, le pavillon des trompes utérines est volumineux, rouge, finement injecté, comme boursouflé; la cavité des trompes et des pavillons renferme du pus ou de la sérosité purulente en assez grande quantité ; ce liquide est probablement formé sur place, bien qu'on puisse se demander si la source n'en est pas dans la cavité utérine. Une pression faite sur la trompe, de l'utérus vers le pavillon, amène facilement la sortie de ce liquide.

Les ovaires sont, comme les pavillons des trompes, volumineux, rouges, infiltrés; presque constamment ils contiennent des abcès multiples, du pus infiltré en plus ou moins grande quantité, de telle sorte que parfois la glande entière semble transformée en un amas purulent. En dehors

des cas de fièvre puerpérale, la suppuration des ovaires est cependant rare, et, si elle se montre si fréquemment dans cette maladie, il faut l'attribuer à l'extrême facilité avec laquelle le pus se produit dans tous les tissus.

Les organes génitaux externes ne nous ont montré que les plaques gangréneuses que l'on observe pendant la vie.

EXAMEN MICROGRAPHIQUE DU LIQUIDE PURULENT CONTENU DANS L'APPAREIL UTÉRIN.

Dans une série de recherches sur l'anatomie pathologique de la fièvre puerpérale, que j'ai faites en collaboration avec le docteur Vulpian, médecin des hôpitaux, nous avons eu occasion d'examiner au microscope le liquide purulent qu'on trouve si souvent dans les sinus utérins, dans les trompes utérines, et dans le tissu utérin lui-même. Presque toujours ce liquide a une apparence caractérisant si nettement le pus, qu'il ne vient pas à la pensée que ce puisse être autre chose. Nous sommes arrivé cependant à reconnaître d'importantes différences dans la nature même de ce liquide. Nos observations ont été faites, à l'aide du microscope, avec des grossissements de 350 et 450 diamètres. Je reproduirai ici la note que nous avons communiquée à la Société anatomique (1) :

Nous examinerons successivement le liquide purulent dans les trompes, dans les sinus et dans le tissu même de l'utérus.

A. *Trompes utérines.* — Dans les trompes, nous avons trouvé deux variétés principales :

1° Pus, dont les éléments étaient pour la très-grande majorité, et quelquefois uniquement, composés de globules dits

(1) *Gazette hebdomadaire*, 23 avril 1858.

pyoïdes. Ces globules, d'un diamètre de 10 à 14 millièmes de millimètre, étaient sphéroïdes, très-légèrement irréguliers, renfermant de nombreuses granulations graisseuses. L'acide acétique faisait pâlir les globules sans altérer les granulations graisseuses, et sans faire apparaître de noyaux.

A ces globules pyoïdes viennent se joindre quelquefois de véritables globules de pus, et le plus souvent des cellules épithéliales devenues graisseuses.

2° Dans la deuxième variété, le liquide puriforme, contenu en abondance dans la trompe, est uniquement *constitué par des cellules d'épithélium cylindrique*, dont un grand nombre sont munies de cils vibratiles, et par des noyaux épithéliaux.

C'est là le point qui nous a paru le plus curieux dans nos recherches ; car, à l'œil nu, il est impossible de trouver aucune différence entre ce liquide et le véritable pus.

B. *Sinus utérins*. — Le liquide purulent contenu dans les sinus est tantôt du véritable pus, et tantôt formé par des globules de la variété pyoïde, mélangés à des cellules et à des noyaux d'épithélium, avec des granulations graisseuses libres ou contenues dans les cellules. Ces derniers éléments se trouvent parfois en quantité assez notable : ils appartiennent pour la plupart à la variété pavimenteuse.

C. *Tissu utérin*. — Nous n'avons examiné qu'une seule fois le liquide purulent contenu dans le tissu même de l'utérus, et nous l'avons trouvé uniquement formé par du pus dont les globules appartenaient à la variété pyoïde.

Nos recherches sont encore peu nombreuses, nous nous proposons d'ailleurs de poursuivre cette étude ; toujours est-il qu'aujourd'hui nous pouvons avancer que le liquide d'aspect purulent contenu dans les sinus utérins, dans les trompes

utérines et dans le tissu même de l'utérus, loin d'être invariablement constitué par du pus, peut appartenir à trois variétés différentes : 1° pus véritable; 2° pus à globules pyoïdes; 3° épithélium. Chacun de ces liquides peut exister séparément; d'autres fois, ils sont mélangés deux à deux, ou même réunis tous les trois.

J'ajouterai encore que nous avons souvent examiné le liquide qui occupe la face interne de l'utérus, et que nous l'avons toujours trouvé composé par des cellules d'épithélium et par des noyaux. Je suis donc disposé à croire, sauf vérification ultérieure, que l'expression de *lochies purulentes* est quelquefois aussi fausse que celle de *lochies laiteuses.*

§ VII. — *Viscères abdominaux.*

J'ai déjà dit quel aspect le tube intestinal présentait à l'extérieur; je n'ai jamais trouvé de lésion remarquable dans sa cavité. La muqueuse intestinale a présenté quelques plaques rouges, injectées, mais jamais nous n'y avons vu d'ulcération; le gros intestin seul nous a souvent montré de la psorentérie.

D'autres observateurs ont trouvé de nombreuses et fréquentes ulcérations dans le tube intestinal; M. Lasserre a décrit une épidémie où ces lésions étaient fréquentes; je prends dans l'excellente thèse de mon ami Charrier, la description de faits analogues qu'il a observés : « Le canal intestinal est souvent altéré dans sa texture; on y trouve des ulcérations dans tout l'appareil folliculaire et glanduleux de l'intestin; dans le duodénum, ce sont les glandes de Brunner, dans l'intestin grêle, les glandes de Lieberkühn, et dans le gros intestin, les glandes de Lieberkühn et les glandes salivaires. C'est surtout à la partie inférieure de l'intestin grêle que l'on voit de ces éruptions confluentes qui ressemblent

beaucoup à celles de la variole. Les follicules sont saillants et soulèvent la muqueuse intestinale. Cette espèce d'éruption s'arrête à la valvule iléo-cœcale. Mais, dans le gros intestin, nous avons souvent rencontré des ulcérations taillées à pic, ayant l'aspect du chancre à la période d'état, recouvertes d'une pseudo-membrane blanchâtre, molle, pultacée, s'enlevant facilement par le scalpel; au fond, se voit la tunique musculaire, rouge clair, qui est elle-même souvent atteinte, quelquefois détruite, à tel point que nous avons trouvé six fois la membrane péritonéale seule épaissie, faisant le plancher de l'ulcération. On dirait que cette ulcération est faite à l'emporte-pièce; au pourtour, point de traces de phlogose, pas d'injection capillaire ; quelquefois elles descendent très-nombreuses jusqu'au pourtour de l'anus (1). »

La rate est presque toujours volumineuse, diffluente, il devient difficile de l'enlever sans la déchirer ; elle contenait des abcès métastatiques dans un seul cas.

Le foie, volumineux aussi, plus friable qu'à l'état normal, est le siége d'une singulière altération : après avoir lavé ou raclé la capsule de Glisson, de manière à enlever le liquide qui masque l'aspect du foie, si on examine attentivement cet organe, on voit que sa substance est parsemée de petites taches jaunes, extrêmement nombreuses, qui lui donnent un aspect granité. Lorsqu'elles sont disséminées, ces taches forment, pour ainsi dire, une lésion discrète; mais souvent elles se réunissent, se touchent par leurs bords, et forment par leur assemblage des plaques de grandeur variable et quelquefois de plusieurs centimètres de diamètre.

On retrouve cette altération sur la surface de toutes les tranches que l'on coupe dans l'épaisseur de l'organe. Lorsque

(1) *Loc. cit.*, p. 20.

le foie présente cet aspect, il graisse le scalpel et laisse sur le papier des taches huileuses. L'examen microscopique démontre que cette lésion tient à une sorte d'état graisseux.

Dans toutes les autopsies que nous avons faites, cinq fois seulement, nous n'avons pas trouvé de graisse dans le tissu hépatique; nous avions donc pensé tout d'abord que cette lésion était liée à la fièvre puerpérale, mais nous avons vu depuis quelques faits qui tendent à prouver que cet état graisseux n'est qu'un état physiologique, dépendant de la grossesse; c'est ainsi que je l'ai considéré dans ma thèse, et je crois que Virchow, dans un travail récent qu'il m'a encore été impossible de me procurer, admet la même explication.

J'ai cru néanmoins devoir parler ici de cet aspect du foie, parce qu'on trouvera cette altération notée dans plusieurs autopsies.

La vésicule biliaire est constamment distendue par une grande quantité de bile noire ou brune; les vaisseaux hépatiques ou sus-hépatiques ne présentent aucune altération.

§ VIII. — *Poitrine.*

Dans la moitié des cas environ, les plèvres étaient le siége de quelques altérations, mais ce n'est qu'exceptionnellement que le liquide épanché était en grande quantité; le plus souvent les deux plèvres contenaient quelques cuillerées de liquide séro-sanguinolent et quelques plaques purulentes de peu d'épaisseur, qu'il était d'ailleurs facile de détacher par le frottement.

Nous n'avons jamais vu l'existence de la pleurésie sans péritonite. — Des faits de ce genre ne sont cependant pas rares.

« Un médecin anglais, du siècle dernier, Leake, était « même tenté de croire que la pleurésie était plus commune

« que la fièvre puerpérale; un autre, White, qui regardait « également la première comme fréquente, s'inspirant des « idées de son époque, l'appelait pleurésie *laiteuse* (1). »

Tout récemment M. Charrier a observé une épidémie semblable : sur 61 malades soignées dans les infirmeries, 42 succombèrent; il a trouvé 15 fois une pleurésie purulente double, 11 fois une pleurésie simple; 6 fois la pleurésie a coïncidé avec la péritonite, 4 fois la péritonite a existé seule, et 6 fois la pleurésie a été antérieure à la péritonite. Je ferai remarquer, dans ces faits, la fréquence de la pleurésie sans lésion aucune dans le péritoine; je m'en servirai plus tard pour apprécier la nature de la maladie.

Les poumons sont fréquemment engoués, infiltrés par de la sérosité rougeâtre, mais on peut leur rendre leur élasticité en les malaxant. C'est par exception que le tissu pulmonaire est hépatisé ou qu'il contient des abcès métastatiques.

Le péricarde, aussi souvent que les plèvres, a été le siége d'un épanchement; toujours le liquide, épanché en assez grande quantité, était transparent, fortement coloré en rouge, mais jamais nous n'y avons trouvé de traces de pus, comme quelques observateurs.

Le cœur est ordinairement volumineux, flasque; ses cavités sont distendues par du sang noir; cependant on y trouve quelquefois aussi un caillot qui paraît presque exclusivement formé de matière fibrineuse; M. Beau a insisté sur ce fait comme indiquant le caractère inflammatoire de la maladie; nous n'attachons à cette lésion qu'une signification moins grande, en nous rappelant que normalement, chez les femmes arrivées aux derniers mois de la grossesse, la fibrine augmente de quantité. Il nous a semblé aussi que la formation

(1) Jacquemier, *Gazette hebdomadaire*, 2 avril 1858.

de ces caillots pouvait tenir, en grande partie, à la lenteur de l'agonie et à l'asphyxie qui ne s'établit que progressivement.

§ IX. — *Phlegmon; pus dans les articulations.*

Un assez grand nombre de femmes présentent pendant la vie des gonflements phlegmoneux sur différentes parties du corps, et nous les avons toujours vus siéger sur les membres; dans ces cas, à l'autopsie, la partie malade est œdémateuse, sans changement de couleur à la peau; la dissection y fait reconnaître une infiltration purulente de tous les tissus, sans qu'il y ait de foyer complétement formé.

Quand une articulation a été le siége de vives douleurs, presque toujours, à l'autopsie, on trouve du pus infiltré en dehors de la synoviale et du pus épanché dans sa cavité. C'est ainsi que nous en avons trouvé dans les articulations du genou, de l'épaule, du coude, du poignet; ces épanchements purulents ne coïncident nullement avec la formation d'abcès métastatiques dans les viscères, et leur production dans les articulations doit avoir la même signification que la suppuration du péritoine ou des plèvres.

CHAPITRE II.

SYMPTÔMES.

La plupart des nouvelles accouchées ont, pendant l'épidémie, présenté de l'embarras gastrique; je ne crois cependant pas qu'on doive le considérer comme la période prodro-

mique de la maladie, car il peut disparaître spontanément ou par l'effet d'un évacuant, et la fièvre puerpérale éclate tout aussi bien au milieu d'une belle santé apparente qu'à la suite de phénomènes saburraux.

La fièvre puerpérale est une maladie sans prodromes, telle était du moins l'opinion universellement répandue, quand M. Béhier, dans sa quatrième lettre (1), est venu appeler l'attention sur des faits qui étaient passés inaperçus jusqu'alors. Après avoir établi que, chez les femmes dont les couches marchent régulièrement, on ne détermine aucune douleur en palpant l'utérus et ses annexes ; que ces dernières parties, perceptibles sous le doigt, donnent la sensation d'un corps mou, comme le serait un canal vide, un intestin de petite dimension, notre savant maître ajoute : « Chez d'autres « femmes, au contraire, on trouve, tantôt à droite, tantôt à « gauche, et quelquefois des deux côtés, une corde plus ou « moins volumineuse, dure, donnant la sensation d'un corps « gonflé, par-dessus lequel le doigt, qui explore de haut en « bas, saute tout à coup, en quelque sorte. La pression de ce « point ainsi tuméfié détermine toujours une douleur varia- « ble et d'ordinaire en rapport avec le volume, qui peut être « assez considérable pour donner la sensation que produirait « le doigt annulaire d'un adulte, apprécié à travers les parois « abdominales. Ce gonflement douloureux est d'ordinaire « plus marqué au point d'insertion des annexes, vers l'angle « de l'utérus, mais il peut se continuer jusqu'au niveau de « la fosse iliaque et même exister sur un point du trajet de « l'annexe explorée sans que rien de semblable se trouve au « niveau de son insertion sur le corps de l'utérus. Ce dernier « fait est cependant plus rare.

« Ce signe se rencontre chez des femmes qui n'accusent au-

(1) *Union médicale*, 1858.

« cune espèce de douleur spontanée et n'ont pas la moindre « apparence de fièvre (60 pulsations). Au moment où le doigt « explorateur arrive sur le point tuméfié, la femme manifeste « par un mouvement brusque la douleur qu'elle éprouve, et « souvent elle l'accuse en disant : *Ah là ! vous me faites mal !* « Il n'est pas besoin d'une forte pression pour constater ce « signe; on doit même s'interdire toute violence dans cette « exploration, qui porte sur des organes faciles à irriter.

« Sur 858 femmes accouchées, 311 n'ont présenté aucune « altération même locale, pendant toute la durée de leurs « couches, qui ont été régulières. Les annexes, explorées « chaque jour, ont été constamment trouvées souples, indo- « lentes, à quelque moment que ce fût, même au sortir de « l'accouchement. Chez 475 femmes, je n'ai plus trouvé cette « régularité; mais, sur ce chiffre, 132 femmes surtout of- « fraient d'une façon très-marquée le signe que j'étudie ici.

« ..... A ces 132 femmes, qui ont présenté un gonflement « douloureux très-évident, il convient d'ajouter le chiffre des « femmes qui ont succombé depuis le moment où je l'ai con- « staté, et qui *toutes, sans exception*, ont présenté ce signe lo- « cal du début. Ce chiffre est de 67, ce qui élève à 199 le « nombre des femmes chez lesquelles le gonflement doulou- « reux des annexes a été très-fortement exprimé, et a acquis « par conséquent, comme signe pathologique, une valeur « non douteuse. »

Ce nouveau signe, sur lequel M. Béhier a appelé l'attention, me paraît important, puisque tous les cas de mort ont eu lieu chez des femmes qui l'avaient présenté; il indique un danger possible, peut-être imminent ; mais, malgré tout mon respect pour les opinions de mon savant et bien-aimé maître, je ne puis y voir les prodromes, encore moins la première période d'une fièvre puerpérale, dont le frisson, dit *initial*,

ne serait que la période *finale ultime*. La douleur des annexes ne peut offrir de l'intérêt qu'au point de vue du développement ultérieur de la phlébite; si, pour M. Béhier, cette phlegmasie domine toute la question, elle ne joue pour nous qu'un rôle secondaire dans la fièvre puerpérale.

§ I. — *Début.*

La fièvre puerpérale n'offre pas de symptôme pathognomonique, et le médecin qui ne tiendrait pas compte de l'influence épidémique, ou qui oublierait qu'il est près d'une nouvelle accouchée, pourrait se trouver embarrassé. L'aspect général des malades peut cependant être d'un grand secours, mais l'habitude seule peut donner quelque valeur à ce signe, car il est difficile d'en décrire les caractères. Dès le début, en quelques heures, les traits sont décomposés, les joues pâles, les mouvements mal assurés, les lèvres tremblotantes, les yeux égarés, les réponses incertaines; toute la face est altérée, couverte de sueur; les malades ont un air de profonde souffrance. L'invasion des accidents est brusque et s'annonce par un frisson initial, ou par de la douleur du ventre; presque toujours ces deux symptômes se suivent de près, et leur production paraît intimement liée. Tantôt le frisson naît le premier, et c'est le cas le plus fréquent; tantôt, au contraire, il est précédé par les douleurs abdominales.

J'énonce ici le fait général, les exceptions ne sont cependant pas très-rares. Le frisson ou les douleurs abdominales peuvent manquer isolément, mais je puis assurer que, sur cent observations que j'ai analysées dans ce but, je ne les ai jamais vus manquer l'un et l'autre.

La maladie débute quelquefois avant la délivrance : l'observation 3 en est un exemple; presque tous les accoucheurs ont observé des cas semblables. Le plus souvent c'est dans

les trois premiers jours qui suivent l'accouchement, et même quelques heures seulement après lui, que se déclarent les symptômes; plus rarement la maladie commence du cinquième au huitième jour; nous ne l'avons jamais vue naître après cette époque. Le tableau suivant confirme mon assertion, il indique l'époque de l'invasion des accidents :

Immédiatement ou peu après l'accouchement.....	21 fois.
Un jour après l'accouchement....................	27 —
Deux jours après...............................	20 —
Trois jours après..............................	11 —
Quatre jours après.............................	4 —
Cinq jours après...............................	1 —
Six jours après................................	0
Sept jours après...............................	0
Huit jours après...............................	3 —
Après le huitième jour.........................	0

Il paraît qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que dans la forme pectorale, par exemple, le début est plus tardif. M. Charrier (*loc. cit.*) a cherché à en rendre compte par la prédisposition, l'état demi-pathologique, que présentent les organes du bas-ventre qui doivent s'enflammer beaucoup plus vite que les plèvres, chez une nouvelle accouchée.

§ II. — *Frisson.*

Le frisson initial peut être court, le plus souvent il se prolonge pendant une demi-heure, une heure, deux heures et même trois heures; il est ordinairement intense et s'accompagne de claquements de dents. Pendant toute sa durée, le malaise et l'anxiété sont considérables; les traits du visage sont décomposés; la langue est souvent froide comme la peau; la soif est vive. Les malades souffrent et se plaignent du froid; le pouls est petit, serré, fréquent, de 120 à 160 pulsations.

Presque toujours le frisson est unique; il peut manquer, mais il est rare qu'il se reproduise une seconde fois (8 fois

sur 100) ou une troisième fois (1 fois sur 100). Nous attachons une grande importance à cette remarque : le frisson est en effet un phénomène assez important pour qu'on lui attribue une grande valeur, et sa répétition constante dans l'infection purulente ou dans l'infection putride peut servir à les différencier d'avec la fièvre puerpérale.

La réaction qui suit le frisson se fait mal, incomplétement; le malaise persiste; les tissus conservent une teinte blafarde et ne deviennent pas turgides, rouges, injectés comme dans la seconde période d'une fièvre d'accès. Les malades restent abattues et tristes, elles conservent du brisement dans les jambes, elles accusent de la céphalalgie sus-orbitaire.

§ III. — *Douleur abdominale.*

La douleur du ventre est plus constante encore que le frisson ; elle naît le plus souvent après lui, quelquefois avant, elle ne manque que dans de très-rares exceptions, mais elle présente en intensité tous les degrés imaginables. Tantôt elle est faible, et ne devient manifeste que par la pression ; tantôt elle est spontanée, violente, et les femmes ne peuvent rien supporter sur le ventre ; elles poussent des cris et des gémissements continuels qui leur sont arrachés par des exacerbations et des élancements.

Les douleurs semblent intimement liées à l'inflammation, et elles apparaissent partout où il se forme du pus.

C'est ordinairement dans la région hypogastrique que commencent les douleurs abdominales ; de là elles s'irradient dans tout le ventre, et remontent jusqu'aux hypochondres. Hippocrate avait dit : « Après l'accouchement et l'avortement, les lochies qui se précipitent en abondance et avec impétuosité, si elles s'arrêtent, sont fâcheuses ; le frisson

est contraire dans ce cas, ainsi que le trouble du ventre, surtout s'il y a douleur des hypochondres (1.) »

Cette remarque est pleine de justesse, elle signifie que lapéritonite est généralisée. Quand j'ai constaté cette douleur aux hypochondres, j'ai porté un pronostic fâcheux, et l'issue de la maladie m'a constamment donné raison.

La douleur ne se répand pas toujours dans tout le ventre, elle peut rester limitée à l'hypogastre, quelquefois même l'utérus semble en être le siége exclusif; après l'accouchement, il est facile de sentir cet organe à travers les parois abdominales, et il n'est pas rare que les malades n'accusent de la douleur que lorsqu'on vient à presser sur lui, surtout lorsqu'on le fait au niveau de l'insertion des ligaments larges.

Il arrive souvent que la douleur abdominale diminue, disparaît même, tandis que le ventre se ballonne et que les accidents généraux continuent : c'est là un des signes pronostiques les plus fâcheux qu'on puisse observer, car il annonce une fin prochaine.

§ IV. — *Vomissements et diarrhée.*

Les vomissements sont beaucoup moins fréquents que les douleurs abdominales, ils ont manqué complétement dans plus du tiers des cas; quand ils existent, les efforts qu'ils nécessitent fatiguent les malades et les épuisent en donnant plus d'acuïté aux douleurs. Les matières rejetées sont verdâtres, poracées; elles contiennent une grande quantité de bile, et la langue des malades en reste pendant longtemps imprégnée. Au milieu des matières vomies nous avons remarqué quelquefois des lombrics, mais le fait s'est présenté trop peu sou-

(1) Hippocrate, *OEuvres complètes*, traduction E. Littré. — *Coaques*, ch. III, Paris, 1846, t. V, p. 701.

vent pour qu'on puisse le regarder comme lié à l'influence épidémique.

Ce n'est que rarement que les vomissements sont incessants, ils se montrent presque toujours à des intervalles irréguliers, quelquefois ils sont provoqués par l'ingestion d'une boisson ou d'un médicament; ils peuvent disparaître pendant un jour et plus, pour revenir ensuite. Je les ai notés au commencement de la maladie ; d'autres fois ils n'apparaissent que tardivement, quelques heures seulement avant la mort; les matières sont rejetées alors plutôt par régurgitation que par vomissement.

En même temps que les vomissements on voit souvent le hoquet tourmenter les malades.

La diarrhée est plus fréquente que les vomissements; elle coïncide quelquefois avec eux, d'autres fois elle semble les remplacer ; mais il se peut que la même malade n'ait ni vomissements ni diarrhée, et cette constipation résiste longtemps aux purgatifs. Les selles sont habituellement jaunes, très-fétides; elles s'échappent souvent malgré les malades et à leur insu.

§ V. — *État de l'abdomen.*

Il est rare que l'abdomen soit ballonné et tendu comme dans une péritonite franche; les parois abdominales sont molles, flasques; il semble qu'elles aient perdu leur ressort ; dans les derniers moments, elles sont distendues par le développement des intestins.

La sonorité, à la percussion, est en raison directe du volume du ventre; rien n'est plus facile que de la constater. Quand le péritoine contient une grande quantité de liquide, les parties déclives offrent de la matité, dont on peut faire changer

les limites en faisant pencher les malades tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.

§ VI. — *Langue.*

La langue est large, molle, humide, recouverte quelquefois d'un enduit sale; elle porte souvent l'empreinte des dents; elle ne devient habituellement sèche que dans les derniers temps de la maladie, ou dès le début, quand la respiration est pressée.

Les gencives sont presque toujours gonflées, rouges, recouvertes par un enduit pultacé, blanchâtre; elles présentent souvent, à leur bord libre, un petit liséré violacé.

§ VII. — *Pouls.*

L'examen du pouls a une grande valeur; aussi mon excellent maître, M. Delpech, que je ne saurais trop remercier de ses conseils et de sa bonté, ne manquait jamais, au lit de chaque malade, en appelant mon attention sur ce sujet, d'examiner la fréquence et les caractères du pouls. Pendant le frisson, les pulsations sont petites et fréquentes; elles se développent ensuite et prennent plus d'ampleur, mais elles sont presque toujours molles, et l'artère n'offre que peu de résistance au doigt qui la presse. Lorsque le pouls est, par exception, résistant, il ne conserve ce caractère que d'une manière passagère et fugace, pour présenter bientôt une dépressibilité extrême; quelquefois il devient irrégulier. Les pulsations sont très-nombreuses, presque toujours elles oscillent entre les nombres 116 et 160; le chiffre 144 est celui que nous avons le plus souvent noté, et cela dès le début. Sa fréquence devient plus grande encore dans la période ultime, le pouls est alors presque toujours irrégulier et filiforme.

§ VIII. — *Dyspnée et cyanose.*

L'hématose ne se fait qu'incomplétement; les malades sont essoufflées, elles étouffent; on peut compter 28, 36, 48 et même 60 inspirations par minute. La calorification est singulièrement amoindrie; la peau et les extrémités sont froides, cyanosées; le facies est altéré, le nez effilé, et si la fièvre et le timbre de la voix n'avaient pas rendu l'erreur impossible, on aurait, au premier abord, pu se croire en pleine épidémie de choléra. Ces accidents étaient presque constants en 1856, et, à ce titre, on pourrait dire que l'épidémie était de forme asphyxique.

Les douleurs abdominales, la tension et le volume du ventre n'étaient nullement en rapport avec la dyspnée et la cyanose qu'on ne pouvait pas expliquer par le refoulement du diaphragme; les poumons restaient perméables dans toute leur étendue; l'auscultation du cœur ne révélait rien d'anormal; pour se rendre compte de ces accidents, on ne peut pas songer à la formation de caillots dans le cœur, puisque des malades ont guéri après avoir présenté au plus haut degré ces troubles de la respiration; l'auscultation, la percussion, les examens cadavériques eux-mêmes ne faisaient rien découvrir d'anormal dans les poumons ou le cœur, nous croyons donc qu'il faut rapporter cette asphyxie aux modifications profondes du sang qui devient impropre à l'hématose.

§ IX. — *Examen de la poitrine.*

Nous avons vu, dans des cas isolés, la poitrine devenir le siége de vives douleurs, et presque toujours nous avons alors constaté la présence d'une pneumonie ou d'un épanchement pleurétique. Mais ce qui pour nous a été l'exception devient la règle dans d'autres circonstances, et mon ami, le docteur

Charrier, a fait la relation d'une épidémie dans laquelle le péritoine était le plus souvent sain, tandis que les plèvres étaient le siége d'un épanchement presque constant. Les diverses lésions des organes thoraciques présentent les mêmes signes que l'auscultation et la percussion font reconnaître dans d'autres maladies. Nous n'avons pas à nous y arrêter.

§ X. — *Troubles nerveux.*

Les facultés intellectuelles demeurent ordinairement parfaitement intactes, seulement leur sensibilité est amoindrie, et les malades, trompées par un mieux apparent, succombent au milieu d'un état de torpeur et d'indifférence.

Dans quelques cas on observe du délire et du coma. Chez l'une des nouvelles accouchées, le début fut marqué par un violent accès de manie, mais presque toujours c'est au milieu même de la durée de la maladie, surtout pendant la nuit, que survient le délire. L'intelligence est alors pervertie, les malades ont des hallucinations, du *subdelirium*, sans manifestations violentes; ce n'est que plus rarement qu'elles sortent de leur lit, se débattent, poussent des cris, et qu'on est obligé de les maintenir.

Ces divers troubles de l'intelligence disparaissent presque toujours pendant la journée ; les malades sont alors calmes, et elles ont oublié ce qui leur est arrivé pendant la nuit.

Les forces sont largement épuisées, et le plus souvent les malades restent étendues sur le dos, incapables de faire aucun mouvement du tronc.

Le coma, plus rare encore que le délire, ne s'observe guère que dans les heures qui précèdent la mort.

Quelques femmes ont eu des convulsions, du strabisme, du trismus, des contractures des extrémités, sans que l'aspect

du cerveau ou des méninges ait pu expliquer ces différents phénomènes.

Un grand nombre de nos malades ont été traitées par le sulfate de quinine à haute dose, et chez elles les troubles du système nerveux ont été souvent considérables; mais comme ils ont été produits par un agent thérapeutique, nous avons dû ne pas en parler dans la description de la maladie.

§ XI. — *Phlegmons; taches ecchymotiques; panaris sous-épidermiques; modifications de la sécrétions laiteuse; altération des lochies; escharres vulvaires.*

Les symptômes que nous venons de passer en revue varient à l'infini dans leurs combinaisons, leur ordre de succession, leur intensité, leur marche, leur durée; il faut encore joindre à leur description certains phénomènes accessoires: chez quelques femmes on voit un membre, dans sa continuité ou au niveau d'une articulation, devenir le siége d'une vive douleur; la partie douloureuse est gonflée, œdémateuse, sans changement de couleur à la peau dans la plupart des cas, marbrée de taches rouges; d'autres fois le gonflement augmente d'étendue progressivement, et nous l'avons vu envahir toute la longueur de l'avant-bras. Les malades meurent le plus souvent avant que le pus ait été évacué, et à l'autopsie on trouve ces infiltrations purulentes dont nous avons parlé, ou des épanchements purulents dans la cavité des synoviales.

Chez quelques autres femmes on voit apparaître, comme dans le scorbut, sur les mains, sur les membres, sur l'abdomen, de larges taches ecchymotiques qui ne causent aucune douleur; ces espèces de pétéchies peuvent être nombreuses, elles ont de la tendance à augmenter d'étendue; elles indiquent une altération profonde dans le sang, et dans ces circon-

stances nous avons constamment vu succomber les malades.

La facilité remarquable avec laquelle le pus s'engendre dans tous les tissus se manifeste jusque dans le derme, et souvent des bulles de pus soulèvent l'épiderme des mains et des doigts sans déterminer aucune douleur, sans rougeur de la peau circonvoisine; un fait analogue s'observe chez les enfants nouveau-nés qui sont atteints en grand nombre de panaris sous-épidermique suppuré.

Presque toujours la sécrétion laiteuse ne s'est pas effectuée quand survient la maladie; lorsqu'elle a eu lieu, elle cesse sous l'influence de la fièvre puerpérale, les seins se flétrissent, deviennent flasques et le lait disparaît. Si la fièvre est légère, si elle se termine favorablement, le lait peut ne point tarir, et, quand la convalescence commence, les seins se gonflent de nouveau et la sécrétion s'y rétablit. Ce retour aux conditions physiologiques n'est pas constant, quelques femmes sont forcées de renoncer à nourrir leurs enfants.

Les lochies sont presque toujours moins abondantes qu'à l'état normal, quelquefois même elles sont complétement supprimées. On les voit d'ailleurs couler, s'arrêter, reparaître pour disparaître de nouveau, sans qu'il en résulte aucune influence sur la marche et l'intensité de la maladie. Leur odeur est fétide, plus repoussante qu'à l'état ordinaire, mais elle n'a rien de spécial.

Il est une lésion qui semble liée à l'encombrement, et qui, fréquente en temps ordinaire à la Maternité, l'est devenue encore plus pendant l'épidémie, en même temps qu'elle devenait plus grave; je veux parler des escharres de la vulve.

Les femmes accusent de la douleur aux parties génitales, et, lorsqu'on écarte les grandes lèvres, on aperçoit sur leur face interne, ou à la commissure postérieure, sur une éten-

due variable, tantôt large comme une pièce de cinquante centimes, tantôt comme une pièce de cinq francs et plus, une tache grisâtre, gangréneuse, dont l'odeur est repoussante. Ces plaques, souvent multiples, peuvent se présenter sous deux aspects différents : dans le premier, le tissu malade est mortifié; dans le second, il est rouge, injecté et recouvert par une matière blanche très-adhérente, tout à fait analogue aux productions diphthéritiques; chez l'une de nos malades, qui a guéri, ces espèces de fausses membranes s'étaient étendues à toute la région anale. La tendance à la gangrène se fait remarquer aussi sur les piqûres de sangsues qui deviennent gangréneuses; la mortification, en s'étendant de proche en proche, peut détruire les parois abdominales sur une grande étendue. Nous vîmes une fois un abcès du sein devenir le point de départ de la gangrène de toute la glande mammaire elle-même et de la peau qui la recouvre.

Quand la vulve a été le siége d'une déchirure ou d'incisions pendant le travail de l'accouchement, c'est presque toujours sur ces solutions de continuité que se montrent les escharres.

Ces plaques gangréneuses se détachent assez rapidement et laissent à nu une plaie dont les bords sont taillés à pic; la cicatrisation se fait rapidement quand l'état général est bon; dans le cas contraire, la plaie prend un mauvais aspect et la gangrène fait des progrès.

Quand tous les symptômes ont acquis une très-grande gravité, on voit souvent survenir brusquement un calme surprenant; les malades se trouvent considérablement soulagées et demandent à manger; mais cette amélioration n'est qu'apparente, et le médecin est averti, par l'aspect général et par la fréquence du pouls, qu'il ne doit pas se laisser tromper; la mort est imminente et pour ainsi dire inévitable.

CHAPITRE III.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON.

La marche de la fièvre puerpérale est continue, rapide dans son évolution.

Dès le début, les accidents peuvent acquérir toute leur acuïté, et les femmes meurent en quelques heures; le frisson, les douleurs abdominales, les vomissements, la dyspnée, la cyanose, se succèdent rapidement; le mal n'a débuté que depuis quelques instants, et déjà il est facile de voir que les malades sont perdues. C'est ainsi qu'on observe des cas presque foudroyants. Quand la maladie est moins rapidement mortelle, on peut cependant, dès le début, tirer de l'intensité du frisson, de l'altération de la face, de l'état misérable du pouls ou de la gravité des autres signes, les plus fâcheux présages : tous les symptômes s'aggravent progressivement, sans rémission aucune, jusqu'à l'agonie et la mort; le mieux apparent qui survient quelquefois dans les derniers moments ne saurait en effet tromper un médecin attentif.

Dans les cas légers, la marche est toute différente; le frisson initial peut être intense, prolongé, accompagné de claquements de dents, la douleur de ventre est vive et l'on peut craindre le développement ultérieur d'accidents funestes; mais ces phénomènes sont de courte durée; l'administration d'un évacuant, une émission sanguine, une sueur copieuse, coupent court à tous les symptômes alarmants; le pouls tombe à 80 ou plus bas, la douleur abdominale disparaît, et en deux ou trois jours les malades sont en pleine convalescence.

Quand la série des accidents a duré pendant plus d'un jour, et surtout pendant plus de deux jours, sans amélioration, la maladie est grave et souvent mortelle. Quelques femmes guérissent cependant comme par miracle, bien qu'elles aient été dans un état désespéré. On voit alors les accidents se prolonger ; les douleurs abdominales continuent, mais elles s'amoindrissent, le pouls devient moins fréquent, il prend plus d'ampleur et de résistance, le facies s'améliore, la dyspnée est moins grande et la cyanose disparaît. Une exacerbation soudaine peut tromper encore les espérances du médecin, mais enfin, dans quelques cas, bien rares il est vrai, le mieux se prolonge et quelques femmes finissent par guérir.

La fièvre puerpérale est une maladie aiguë par excellence, elle dure peu ; quand elle est légère, la guérison survient rapidement ; en deux ou trois jours les nouvelles accouchées sont complétement à l'abri d'accidents qui paraissaient d'abord formidables ; quand elle est grave, elle amène rapidement la mort, sauf quelques exceptions trop rares. Dans certaines épidémies quelques femmes ont succombé presque subitement ; nous n'avons jamais vu de terminaison aussi rapide, et la nouvelle accouchée que nous vîmes succomber le plus vite fut malade pendant trente-huit heures ; d'autres moururent en quarante-huit heures ; presque toujours la mort arrive du quatrième au sixième jour ; nous pouvons d'ailleurs mieux préciser ces différentes époques, dans un tableau où nous mettons en regard la durée de la fièvre puerpérale terminée par la mort et le nombre des observations :

Mort	en 38 heures........................	1 fois.
—	39 —	1 —
—	2 jours........................	4 —
—	3 —	9 —
—	4 —	19 —
—	5 —	15 —

Mort	en 6 jours	10 fois.
—	7 —	5 —
—	8 —	1 —
—	9 —	2 —
—	10 jours et plus	0

Il est facile de voir, d'après ce tableau, que deux femmes seulement moururent en moins de deux jours, et que le plus grand nombre des malades ont succombé du troisième au sixième jour ; nous n'avons jamais vu la mort survenir après le dixième jour.

Dans les cas graves qui se terminent par la guérison, il est difficile d'assigner une limite précise à la durée de la maladie. La convalescence est longue, pénible ; pendant longtemps, des accidents locaux inflammatoires se manifestent du côté du ventre ; les douleurs disparaissent et renaissent bien des fois avant que la guérison soit définitive ; elle se fait quelquefois longtemps attendre, pendant des mois entiers, comme nous en avons eu l'exemple chez la malade qui fait le sujet de notre deuxième observation. D'autres fois ce sont les phlegmons des membres qui entravent la guérison ; la suppuration peut être étendue, se compliquer de sphacèle, et la cicatrisation ne se fait que lentement. Les arthrites ont aussi une durée indéterminée, elles amènent quelquefois une ankylose ; d'autres fois les désordres sont plus grands encore et nous avons vu, dans un cas de ce genre, l'articulation du coude ouverte ; la carie des os nécessita la résection dans l'article.

Suivant que la maladie a été légère ou grave, suivant l'importance des complications, la convalescence sera courte ou difficile.

Presque toujours la terminaison de la fièvre puerpérale grave est la mort. Au milieu d'un nombre considérable de décès, nous n'avons recueilli que quatre observations de gué-

rison; mais ce résultat n'a de signification que pour moi, il n'a qu'une valeur relative, il dépend d'une appréciation personnelle qui doit singulièrement varier avec chaque observateur. Je n'ai pas tenu compte de plusieurs observations, parce que j'ai cru qu'elles ne méritaient pas le nom d'observations de fièvre puerpérale; d'autres fois j'ai pu regarder comme légère une fièvre puerpérale qui pour un autre compterait au nombre des cas graves suivis de guérison. On comprend qu'avec des bases aussi peu stables, il devient impossible de faire une statistique approximativement exacte; je me contenterai de dire que, dans les cas graves, la mort est la règle, et la guérison l'exception. Dans les cas légers au contraire, la guérison est constante, elle s'opère promptement, du premier au troisième jour; si les accidents se prolongent davantage, la maladie cesse d'être légère pour devenir grave.

Une sueur abondante, des selles diarrhéiques nombreuses sont souvent le point de départ d'une amélioration définitive. On donnera si l'on veut le nom de crises à ces moyens employés par la nature pour se débarrasser du poison, mais on parvient à les produire artificiellement en administrant aux malades un vomitif ou un purgatif, et souvent le succès justifie ces tentatives.

Il se produit quelquefois des vésicules d'herpès labialis; leur apparition est un signe de bon augure qui trompe rarement. Nous n'avons jamais vu la maladie se juger, comme on l'a dit, par une suppuration locale ou par une hémorrhagie; une seule fois nous avons observé une épistaxis, et la malade mourut.

Quand la maladie se termine par la mort, il est rare qu'on n'en soit pas averti par la gravité des symptômes; une seule fois nous avons vu la mort survenir subitement, après une amélioration prolongée qui semblait indiquer une guérison définitive.

CHAPITRE IV.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON DE L'ÉPIDÉMIE DE 1856.

L'épidémie a commencé avec le mois d'avril, et à la fin du mois elle était arrivée à son maximum d'intensité, sans variation sensible jusqu'au 10 mai, époque à laquelle la Maternité fut fermée.

Soixante-quatre malades succombèrent pendant ce temps; on trouvera dans le tableau qui suit la manière dont les décès des femmes et des enfants nouveau-nés furent répartis pour chaque jour.

1er	avril,	0	décès de femme,	1	décès d'enfant.
2	—	0	—	3	—
3	—	0	—	3	—
4	—	1	—	4	—
5	—	1	—	1	—
6	—	0	—	3	—
7	—	0	—	1	—
8	—	2	—	1	—
9	—	1	—	1	—
10	—	0	—	4	—
11	—	0	—	0	—
12	—	0	—	1	—
13	—	2	—	4	—
14	—	0	—	0	—
15	—	0	—	3	—
16	—	0	—	4	—
17	—	5	—	3	—
18	—	0	—	2	—
19	—	3	—	1	—
20	—	0	—	5	—
21	—	0	—	3	—
22	—	2	—	1	—
23	—	1	—	3	—
24	—	1	—	1	—
25	—	0	—	0	—
26	—	2	—	3	—

27	avril,	3	décès de femme,	1	décès d'enfant.
28	—	4	—	3	—
29	—	4	—	0	—
30	—	1	—	3	—
1er	mai,	4	—	2	—
2	—	3	—	4	—
3	—	4	—	6	—
4	—	3	—	1	—
5	—	4	—	3	—
6	—	3	—	0	—
7	—	4	—	4	—
8	—	1	—	2	—
9	—	3	—	1	—
10	—	2	—	2	—

Pendant le même laps de temps, il y eut 347 accouchements, ce qui donne un décès sur moins de six accouchées.

Nous ne savons pas au juste quelle fut la marche de l'épidémie après la fermeture de la Maternité; toujours est-il que la fièvre puerpérale éclata dans plusieurs hôpitaux, à Cochin, à l'hôpital des Cliniques, à l'Hôtel-Dieu, à Lariboisière. La Maternité fut ouverte de nouveau le 21 juin, mais les femmes en couches n'y furent admises qu'en petit nombre; quelques-unes succombèrent, mais ce ne fut qu'au mois de septembre que l'influence épidémique devint évidente; elle augmenta avec le nombre des femmes accouchées, et pendant les mois de septembre et d'octobre, sur 266 accouchements, il y eut 27 décès.

A la fin du mois d'octobre, l'épidémie avait complétement disparu, et le nombre des accouchements put impunément être porté à son chiffre habituel.

Nous avons donc vu le commencement et le déclin de l'épidémie; la maladie s'est montrée tout à fait semblable dans ces deux périodes, seulement, aux mois d'avril et de mai, les femmes succombaient presque infailliblement, dans les mois de septembre et d'octobre, au contraire, le nombre des cas de

fièvre puerpérale légère s'accrut, et beaucoup de malades guérirent; ce fut aussi à cette époque que nous vîmes la guérison de trois nouvelles accouchées très-gravement atteintes.

On a pensé que, par certaines différences dans l'état atmosphérique, le jour de l'accouchement pouvait avoir de l'influence sur la production ultérieure de la fièvre puerpérale, et le 12 avril nous a semblé en cela le jour le plus malheureux; M. Delpech en avait été vivement frappé, et en me communiquant ses remarques, il m'en a fait prendre note; mais on ne peut invoquer cette influence qu'avec restriction, parce que les femmes accouchées le même jour deviennent malades à des époques différentes. Des faits de ce genre sont consignés dans toutes les épidémies, et tout le monde se rappelle un jour néfaste entre tous, dans l'épidémie de choléra de 1849. Jusqu'ici il a été impossible de pénétrer la cause de ces exacerbations qu'on ne peut que constater en les attribuant à des changements atmosphériques.

CHAPITRE V.

DIAGNOSTIC.

§ I. — *Métro-péritonite.*

Dans l'hôpital et dans les localités où sévit une épidémie de fièvre puerpérale, le diagnostic en est facile; mais, dans les cas sporadiques, on peut la confondre avec une métrite ou une métro-péritonite. On évitera cette erreur en tenant compte des phénomènes généraux qui accompagnent la maladie. Le frisson prolongé, l'altération des traits, la fréquence

considérable et la dépressibilité du pouls sont des caractères qui appartiennent bien plus à la fièvre puerpérale qu'à la péritonite. Dans la fièvre puerpérale, dès le début, les accidents généraux dominent tous les autres ; dans une inflammation du péritoine, ce sont les accidents abdominaux.

Nous avons vu une péritonite aiguë développée pendant la grossesse et causée par une rupture de l'utérus avec passage du fœtus dans l'abdomen; dans ce cas, l'inflammation fut aussi intense que possible, et il nous fut facile de porter le diagnostic, bien que la cause de la péritonite n'eût pas été reconnue; la douleur était excessive, et le ventre devint si rapidement volumineux que tout examen fut impossible; la malade mourut en quelques heures.

Des difficultés sérieuses ne se rencontrent que lorsqu'on a à reconnaître une métro-péritonite et une fièvre puerpérale à forme inflammatoire. « La nouvelle accouchée atteinte de « métro-péritonite a la figure colorée, turgescente; chez « la malheureuse frappée de fièvre puerpérale, le visage est « pâle, les traits sont profondément altérés, le pouls est fré- « quent dans l'une et l'autre affection ; mais dur, fort dans la « première, il est mou, dépressible dans la seconde (1). »

La convalescence qui suit les couches est ordinairement facile, mais parfois on voit survenir quelques cas pathologiques caractérisés par un frisson initial, une réaction fébrile prononcée, la rougeur de la face, une vive céphalalgie, une respiration seulement pressée, une douleur ordinairement tolérable vers la région inférieure de l'abdomen. Ces accidents sont purement inflammatoires, et c'est avec raison que M. P. Dubois (2) les a séparés de ceux des fièvres puerpérales. Le diagnostic peut être difficile, impossible même, mais

(1) Huet, *Thèse de Paris*, août 1853.
(2) P. Dubois, *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIII, 1858, p. 501.

il ne s'ensuit nullement que la nature des deux maladies soit identique. La phthisie pulmonaire et la fièvre typhoïde ne se ressemblent en rien dans leurs lésions, et pourtant, au lit du malade, quel est le médecin qui ne s'est pas trompé ?

§ II. — *Frisson consécutif à l'accouchement; fièvre de lait.*

Presque toujours après l'accouchement, après la délivrance, surtout quand les femmes ont été découvertes pendant quelque temps, on voit survenir un frisson assez prolongé; ce ne serait que par inadvertance qu'on pourrait confondre ce frisson, que j'appellerai volontiers *physiologique*, avec celui qui précède un état morbide ; il suffit de réchauffer les nouvelles accouchées, pour lever tous les doutes ; le bien-être qu'elles éprouvent bientôt écarte toute idée de maladie.

La sécrétion laiteuse, quand les seins sont distendus et douloureux, s'accompagne, dans certains cas seulement, de frisson et de fièvre ; mais jamais le frisson n'est aussi prolongé, aussi intense que dans la fièvre puerpérale, et le pouls ne devient jamais aussi fréquent. Il est très-rare qu'on trouve 120 pulsations dans la fièvre dite *fièvre de lait*, il est rare au contraire de ne pas en trouver plus dans la fièvre puerpérale.

Si le frisson survient le premier jour ou dans le commencement du deuxième, s'il est prolongé, accompagné de claquements de dents, on peut presque à coup sûr diagnostiquer une fièvre puerpérale. Le frisson de la fièvre de lait n'a guère lieu qu'à la fin du deuxième jour ou pendant le troisième ; il s'accompagne souvent de chaleur ou de douleur dans les seins qu'il est utile d'examiner dans ce but.

§ III. — *Phlegmons péri-utérins.*

Un assez grand nombre de femmes, quelques jours après

leur accouchement, ont un frisson intense, elles accusent quelques douleurs abdominales ; le frisson se répète quelquefois; j'ai cherché pendant longtemps, à la Maternité, la cause de ces accidents, et on pourrait complétement la méconnaître si l'on ne pratiquait pas le toucher vaginal; on trouve souvent alors, sur l'un des côtés du col de l'utérus, à la partie inférieure des ligaments larges, dans une étendue variable, une tumeur dure, résistante, chaude et surtout très-douloureuse à la moindre pression. Ces tumeurs, quelquefois fort petites, indiquent la formation d'un phlegmon dans la partie inférieure des ligaments larges ou dans le tissu cellulaire péri-utérin. D'autres fois, ces phlegmons remontent plus haut, gagnent les fosses iliaques où il est facile de les apprécier par le palper abdominal. La nature de ces tumeurs ne saurait être mise en doute, puisque plusieurs fois je les ai vues se terminer par suppuration. Cependant M. Bernutz, qui a vu des faits analogues, écrit aujourd'hui que ces inflammations ne sont le plus souvent que des péritonites circonscrites, il en a plusieurs fois acquis la preuve par l'autopsie.

Les frissons qui accompagnent la formation de ces tumeurs peuvent faire craindre le développement d'une maladie plus grave, celui de la fièvre puerpérale. On évitera facilement l'erreur en constatant l'absence de tous les accidents généraux; on peut, dans les cas douteux, s'aider du toucher vaginal.

§ IV. — *Infection putride.*

A côté de la fièvre puerpérale on a placé un autre état fort grave, l'infection putride, qui peut tuer quelquefois les nouvelles accouchées ; elle dépend de circonstances diverses : tantôt ce sont des caillots ou des portions du placenta qui se putréfient dans l'utérus, tantôt ce sont des modifications ana-

logues à celles de la pourriture d'hôpital qui altèrent la face interne de la matrice. Dans l'infection putride, quelle que soit sa cause, les frissons sont moins violents et plus souvent répétés que dans la fièvre puerpérale. La langue est sèche, les dents sont fuligineuses; la face prend un aspect terreux. La maladie se prolonge et les malades meurent avec de la fièvre hectique et de la diarrhée colliquative. Tel est la tableau succinct des accidents que les chirurgiens rapportent à l'infection putride *chronique*. Mon ancien collègue, le docteur Dumontpallier, a parfaitement compris qu'une telle maladie n'avait pas de ressemblance avec la fièvre puerpérale; aussi, dans son excellente thèse (1), sur laquelle nous reviendrons, il a décrit une forme *aiguë* d'infection putride, et M. Hervez de Chégoin (2) en a résumé les caractères de la manière suivante : « Ceux qui ont observé et médité la fièvre puerpérale putride, la reconnaîtront au frisson qui se manifeste ordinairement le troisième jour, à la petitesse et à la fréquence excessive du pouls (140 à 150 pulsations), à l'agitation, l'insomnie, la loquacité, le délire léger, au ballonnement rapide, considérable du ventre, *sans douleur! sans douleur !* signe caractéristique, et à la mort enfin, qui arrive ordinairement aussi le troisième jour après le début et le sixième après l'accouchement. »

Si l'on se rappelle ce que nous avons décrit, on voit que ce tableau ne ressemble guère à ce que nous avons vu à la Maternité : la plupart des femmes y sont tombées malades du premier à la fin du deuxième jour, et presque toutes ont accusé de vives douleurs abdominales. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur ce sujet quand il sera question de l'étiologie et de la nature de la maladie qui nous occupe.

(1) *Thèse*, Paris, février 1857.
(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIII, 1858, p. 468.

§ V. — *Infection purulente.*

On a confondu la fièvre puerpérale avec l'infection purulente qui succède à la phlébite utérine; ces deux maladies peuvent cependant, avec un peu de soin, être distinguées l'une de l'autre. La fièvre puerpérale se déclare beaucoup plus tôt après l'accouchement que l'infection purulente ; le frisson est initial, unique presque constamment, dans le premier cas ; dans le second, il est tardif et se répète plusieurs fois. Dans l'infection purulente, la face est altérée, jaunâtre, terreuse, mais cette altération n'est pas aussi profonde et n'a pas le même caractère que dans la fièvre puerpérale; dans l'infection purulente enfin, les accidents généraux sont moins graves et la dyspnée moins considérable, même quand il y a des abcès métastatiques dans le poumon.

Dans la fièvre puerpérale, les douleurs sont répandues le plus souvent dans tout le ventre; dans la phlébite utérine, elles sont souvent limitées à l'utérus, quelquefois même à l'un de ses côtés. La plupart de ces caractères différentiels se trouvent dans la dernière observation que nous rapporterons.

§ VI. — *États morbides divers.*

La fièvre puerpérale peut présenter des symptômes analogues à ceux d'une fièvre typhoïde arrivée à une certaine période, mais le début et la marche des deux maladies diffèrent essentiellement; l'absence de prodromes, le frisson, la douleur abdominale, l'absence de taches rosées lenticulaires, caractérisent la fièvre puerpérale.

J'ai déjà dit qu'au premier abord les malades présentaient souvent un aspect singulièrement semblable à celui des cholériques; la ressemblance n'est que grossière : la fréquence

du pouls, la nature des déjections, la douleur du ventre, rendent l'erreur impossible.

Dans le cours d'une fièvre puerpérale, le siége de la douleur indique assez exactement le point qui devient le siége d'une phlegmasie. Les douleurs de côté accompagnent la formation d'une pleurésie ou d'une pneumonie; on peut cependant croire à l'existence d'une pleurésie, alors que les plèvres sont parfaitement saines. Le foie est en effet volumineux, refoulé en haut; il donne lieu à de la matité dans une grande étendue, et le frottement pleural peut être imité, à s'y méprendre, par le frottement péritonéal : c'est ainsi que, chez une malade qui présentait depuis longtemps des accidents assez complexes, on entendait et l'on sentait, au niveau des sixième et septième côtes droites, un frottement des plus manifestes qui coïncidait avec une matité étendue; nous n'avions pas hésité à croire à l'existence d'une pleurésie, quand à l'autopsie notre étonnement fut grand de n'en trouver aucune trace; mais notre erreur nous fut expliquée par le volume du foie et par les fausses membranes qui unissaient sa face convexe au diaphragme. Plus tard le même fait se représenta, mais cette fois nous étions prévenu, et l'intégrité parfaite du murmure respiratoire nous fit penser que les plèvres n'étaient pas malades, et le diagnostic fut vérifié par l'autopsie, qui montra des lésions analogues à celles du cas précédent.

CHAPITRE VI.

PRONOSTIC.

La mortalité a été si grande et les guérisons si rares, dans l'épidémie de 1856, à la Maternité, que presque toujours le

pronostic ressemble à un arrêt de mort, nous nous étendrons donc fort peu sur ce sujet. Le pronostic est toujours grave, il l'est surtout quand la maladie se montre épidémiquement et que l'épidémie est à sa période d'augment ou d'état; ce n'est guère en effet qu'à la période de décroissance que les cas de guérison se manifestent. La maladie semble d'autant plus grave qu'elle débute moins longtemps après l'accouchement; M. Lasserre a rendu cette remarque très-sensible en disant que la forme *spontanée* de la fièvre puerpérale est beaucoup plus grave que la forme *secondaire*. Le danger est d'autant plus grand que les symptômes sont plus intenses, que le facies est plus altéré, que le pouls est plus fréquent et plus dépressible. Il est rare que le nombre de pulsations dépasse 120, si la maladie est légère; presque toujours on compte 140 pulsations et plus, quand la terminaison doit être funeste.

L'examen du pouls a donc la plus grande valeur dans le pronostic : lorsqu'il est ample, régulier, lorsqu'il ne dépasse pas 120, on peut présager une issue favorable malgré la fièvre et les douleurs abdominales.

La dyspnée et la cyanose sont des signes fâcheux, surtout lorsque l'examen de la poitrine ne fait reconnaître aucune lésion appréciable qui puisse en rendre compte.

Une rémission marquée dans la douleur, sans que le pouls diminue de fréquence, sans que le visage reprenne de la vie, doit faire présager une fin prochaine; les selles involontaires, les régurgitations, le coma, peuvent être regardés comme les avant-coureurs de la mort, et souvent alors les malades exhalent une odeur spéciale qui rappelle l'odeur des cadavres.

CHAPITRE VII.

ÉTIOLOGIE.

La cause première de la fièvre puerpérale nous est inconnue, mais quelle qu'elle soit, il faut, pour que la maladie se développe, que l'organisme présente certaines conditions particulières. Dans la première partie de ce travail, nous avons insisté sur l'étendue qu'il fallait donner à l'état puerpéral, et dit que la fièvre puerpérale se développait chez les femmes pendant les règles, pendant la grossesse, après l'accouchement, et chez le fœtus et le nouveau-né. Hors de ces conditions, son développement devient impossible.

L'obscurité des causes directes de l'étiologie dans la fièvre puerpérale a fait qu'on a invoqué tour à tour l'action possible de tous les agents.

§ I. — *Température, climats, saisons, influence atmosphérique.*

Tous les mois de l'année ont présenté des épidémies, elles ont éclaté pendant toutes les températures, au milieu de toutes les conditions hygrométriques et atmosphériques ; les saisons froides et les climats froids ont été accusés de favoriser son développement, cependant nous la voyons sévir en France, et l'épidémie qui nous occupe a commencé au printemps pour ne finir qu'en automne. Tous les auteurs sont pleins des contradictions les plus frappantes ; il suffirait de les opposer les unes aux autres pour montrer qu'on ne peut en tirer aucune conclusion. J'ai d'ailleurs sous les yeux le relevé des observations météorologiques de l'Observatoire de Paris

pour l'année 1856; la direction des vents, l'état hygrométrique et la température ont été sans influence sur la marche de l'épidémie.

Je rapporterai ici les documents qui me paraissent importants pour la solution de la question, bien que contraires à mon opinion.

M. Lasserre a fait le relevé des épidémies qui ont eu lieu à la Maternité de Paris pendant douze années consécutives, de 1830 à 1841, et il a trouvé :

3 épidémies	en janvier.
5 —	février.
3 —	mars.
1 —	avril.
1 —	juin.
3 —	juillet.
2 —	août.
1 —	octobre.
1 —	novembre.
3 —	décembre.

Dans le même laps de temps, les six mois froids de l'année ont fourni une mortalité de 868 décès sur 18,108 accouchements; soit 1/20. Les six mois chauds, sur 15,956 accouchements, ont donné 465 décès, soit, comme mortalité, 1/34. Cette différence tient, je crois, moins à la température qu'au renouvellement de l'air qui se fait moins facilement en hiver qu'en été.

M. le docteur H. Dor, dans une épidémie qu'il a observée, en 1857, à Prague, a cru trouver dans la variation brusque de l'atmosphère la cause principale de la fièvre puerpérale : « C'est ainsi que, le 8 mars, jour froid et pluvieux, sur six accouchements, quatre furent suivis de fièvre puerpérale. Le temps redevint beau jusqu'au 11; pendant ce temps, la moyenne des accouchements étant de 4 ou 5 par jour, pas un cas de maladie. Le 11, vent froid, humide, pas de pluie, mais

temps brumeux; trois accouchements et trois malades. Le lendemain il fait plus doux, le temps semble vouloir s'élever, pas de vent; quatre accouchements, pas de malades. Le 13, pluie et neige; trois accouchements, deux malades. Du 13 au 19, le temps est froid, mais sec, et le ciel est serein; pendant tout ce temps, un seul cas de maladie (le 17), cas intéressant, en outre, par le fait que le frisson, précurseur de la fièvre, apparut six heures avant l'accouchement. Le 19 et le 23 furent ensuite deux jours funestes; le 19, il plut toute la journée, et le 23 il faisait un temps des plus désagréables: un mélange de pluie et de neige durcie; le 19, sur cinq accouchements, quatre malades, et le 23, six accouchements, six malades. Dans l'intervalle de ces deux journées, le temps est relativement beau, pas de cas de fièvre (1). »

Je le répète, je n'ai rien vu à la Maternité de Paris qui puisse me faire penser que les variations d'une épidémie soient intimement liées aux variations de température; mais les documents fournis par M. le docteur Dor sont si précis qu'ils appelleront de nouveau l'attention sur ce sujet.

§ II. — *Acclimatement.*

Il me serait impossible de dire quelle est l'influence du séjour à Paris avant l'accouchement, parce que presque toutes les nouvelles accouchées y demeuraient depuis longtemps, ou cherchaient à nous tromper pour échapper au contrôle de l'administration ; ce n'est donc qu'avec réserve qu'il faut admettre les résultats de M. Lasserre :

266 malades habitant Paris depuis plus de trois mois....	37 décès.
190 malades habitant Paris depuis moins de trois mois...	50 —

Mais le temps plus ou moins long, pendant lequel les fem-

(1) H. Dor, *Gazette hebdomadaire* du 26 février 1858.

mes demeurent à l'hôpital avant d'accoucher, a une influence manifeste que M. Lasserre a également consignée dans sa thèse inaugurale :

Plus de huit jours de séjour à l'hôpital....	791	femmes,	18	décès.
Moins de huit jours....................	528	—	17	—
Entrées à l'hôpital en travail...........	1,020	—	52	—

Je suis arrivé de mon côté à peu près au même résultat : ainsi, sur 1868 femmes accouchées dans les dix premiers jours qui ont suivi leur entrée à la Maternité, 120 succombèrent, soit 2 sur 29 ; tandis que, sur 351 femmes qui séjournèrent à l'hôpital pendant plus de dix jours, 9 seulement succombèrent, soit 2 sur 76.

La différence est grande, on le voit, et montre que la mortalité est moins forte chez les femmes qui sont habituées depuis quelque temps aux conditions nouvelles, au nouveau genre de vie, peut-être à l'altération de l'air que présente l'hôpital ; elles sont moins exposées à succomber que celles qui arrivent du dehors peu de temps avant leur accouchement.

Ce fait n'est pas isolé, et les chirurgiens attendent quelquefois, avant d'entreprendre une opération, que les malades soient acclimatés.

§ III. — *Primiparité.*

C'est un fait admis aujourd'hui que les femmes primipares sont plus exposées que les multipares à la fièvre puerpérale ; les différentes statistiques arrivent toutes au même résultat. Sur 71 décès pris au hasard, j'ai compté 51 femmes primipares. M. Lasserre, sur 1025 primipares, a vu 66 décès, et sur 1314 multipares, 21 décès seulement. M. Charrier a trouvé, sur 213 cas de mort, 155 décès fournis par les primipares.

Ces résultats sont aussi évidents que possible quand on sait

que le nombre des primipares et des multipares est approximativement identique.

Doit-on expliquer ce résultat par les conditions morales plus mauvaises dans lesquelles se trouve une primipare, par les douleurs plus fortes qu'elle endure, par la douleur plus grande du travail?

§ IV. — *Longueur du travail; accouchements difficiles.*

On trouvera dans les observations tous les éléments qui pourraient servir à éclaircir ce point de l'étiologie; j'ai essayé de compter, mais je ne suis pas un partisan assez zélé de la statistique pour avoir osé en tirer des conclusions; je trouve une excuse plus que suffisante dans les résultats contradictoires auxquels sont arrivés les auteurs. Je crois cependant qu'un travail prolongé, qu'un accouchement laborieux, en fatiguant, en épuisant les femmes, les placent dans de mauvaises conditions. La fièvre puerpérale est fréquente aussi quand l'accouchement se fait avec une promptitude insolite; j'adopte ici l'opinion de M. Voillemier, qui pense que cette rapidité tient à un état morbide produit par l'épidémie ou par une maladie antérieure ou concomitante, et que c'est à cette raison qu'il faut attribuer le développement de la maladie. Nous ne sommes pas plus avancés qu'Hippocrate qui dit :

« Un accouchement subit et sans douleurs doit être sus-
« pect, surtout si la femme était déjà malade ou languis-
« sante. . . . . . . De tels accouchements ont souvent les suites
« les plus funestes. »

§ V. — *Enfants mort-nés.*

On a cru pendant longtemps que la présence d'un enfent

mort-né dans l'utérus, en changeant les dispositions physiologiques, devait favoriser le développement de la fièvre puerpérale, il n'en est cependant rien, M. Dubois a redressé l'erreur. Sur 89 enfants mort-nés dans l'année 1856, 6 seulement appartenaient à des femmes qui succombèrent; le rapport entre les deux chiffres est trop faible pour qu'on puisse voir une relation de cause à effet entre le séjour d'un enfant mort-né dans le sein de sa mère et le développement des accidents de la fièvre puerpérale.

§ VI. — *Suppression des lochies; putrescence de l'utérus.*

Tous les médecins anciens ont accordé une grande valeur à la suppression des lochies, on a de nos jours une tendance contraire; toujours est-il que souvent on voit les symptômes les plus graves de la fièvre puerpérale se manifester sans avoir été précédés par une altération dans la quantité ou la qualité de l'écoulement lochial; il peut même se supprimer promptement sans qu'il en résulte aucun accident; mais on ne peut nier, quand cette évacuation répand une odeur très-fétide, ou quand elle s'arrête brusquement, que c'est presque toujours sous l'influence et par le fait d'une maladie grave, souvent de la fièvre puerpérale.

On sait déjà ce que nous pensons de l'opinion qui n'admet aucune différence entre la fièvre puerpérale et l'infection putride, opinion qui se fonde sur ce qu'à l'ouverture des femmes qui ont succombé on trouve dans la cavité utérine une couche de matière putrilagineuse et de sanie.

Cette manière de voir n'est pas nouvelle; elle a été défendue par White, et on trouve dans Laz. Rivière un passage aussi explicite que possible : *In suppressione lochiorum sanguis, et vitiosi humores qui per gestationis decursum cumulati*

sunt, advenas majores regurgitant, ibique putrescunt, et interdum ad hepar, lienem, aliasque partes feruntur, in iisque inflammationes concitant. Aut si in venis uteri morentur, putredinem concipiunt, atque ita febrem pariunt, etiam in fœminis quæ antea inculpata valetudine frui videbantur (1).

Je ferai remarquer que la putrescence de l'utérus se rencontre aussi dans les autopsies de femmes qui ont succombé à toute autre maladie que la fièvre puerpérale, et je rappellerai qu'en admettant cette explication il devient impossible de se rendre eompte des cas de fièvre puerpérale développée chez les femmes enceintes, chez les jeunes filles à l'époque menstruelle, chez les enfants mort-nés, et chez les enfants qui meurent avant la chute du cordon, puisque dans tous ces cas il n'y a pas de foyer putride.

Si la résorption putride était la cause productrice de la fièvre puerpérale, l'empoisonnement aurait toujours lieu de la même façon, on comprendrait mal son apparition par épidémie, et, une fois produite, la maladie devrait toujours être identique à elle-même, sans jamais présenter dans sa marche cet amoindrissement qui facilite la guérison et fait présager la fin d'une épidémie.

§ VII. — *Introduction de matières septiques par le toucher.*

Le docteur Arneth (2) a fait connaître sur ce sujet quelques remarques importantes faites en Allemagne par le professeur Semelweiss : La Maternité de Vienne se compose de deux cliniques séparées, dont l'une est fréquentée par les médecins et les étudiants en médecine, et l'autre par les élèves sages-femmes. Dans la première les revers étaient grands, dans la seconde la mortalité était peu considérable. Le doc-

(1) Voy. Rivière, *Opera universa*, p. 408.
(2) Arneth, *Annales d'hygiène et de médecine légale*, t. XLV, p. 283 et suiv.

teur Semelweiss crut en trouver l'explication dans les exercices anatomiques, les autopsies que pratiquaient les étudiants, tandis que les sages-femmes n'entraient jamais à l'amphithéâtre, et il pensa que la différence entre la mortalité des deux cliniques tenait au peu de soins que prenaient les élèves pour se débarrasser des matières, des odeurs cadavériques qui restaient attachées à leurs doigts, alors qu'ils étaient admis à visiter et à toucher les femmes en travail et en couches. Il astreignit tous les élèves à faire des lavages à l'eau chlorurée, surtout avec le chlorure de chaux, avant de passer à la salle d'accouchement. Le succès le plus éclatant ne se fit pas attendre, et bientôt la mortalité devint plus faible que dans la clinique des sages-femmes.

« Une femme enceinte, affectée d'un cancer utérin très-avancé, se présenta dans les salles; on négligea de prendre les précautions susdites et déjà mises en usage depuis quelque temps. Le travail se prolongea pendant plusieurs jours; comme c'était un cas très-grave et très-rare, les élèves se pressaient pour l'examiner. Quatorze femmes accouchées dans cet intervalle, et qui, par conséquent, avaient été touchées par des élèves, furent atteintes de fièvre puerpérale et succombèrent. A l'exception de ces malheureuses, nous n'eûmes point alors de malades à la Maternité (1). »

A la Maternité de Paris, où les étudiants en médecine ne sont point admis, les élèves sages-femmes ne fréquentaient pas l'amphithéâtre pendant l'épidémie de 1856, et pourtant la mortalité était effrayante. On se prend à douter de l'efficacité des lavages à l'eau chlorurée, quand on voit les résultats prodigieusement heureux obtenus à la Maternité de Vienne par un moyen aussi simple. M. Danyau (2) nous a d'ail-

(1) Arneth, *loc. cit.*
(2) Danyau, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1855, p. 561.

leurs appris que les contradicteurs n'avaient pas manqué à Semelweiss : il fut démontré que, même antérieurement aux précautions recommandées, la première clinique avait eu des époques de très-faible mortalité, que la seconde avait eu aussi ses moments de malheur, et qu'il en était de même de la division des femmes payantes qui n'admet point d'élèves de l'un ni de l'autre sexe ; que ces lavages à l'eau chlorurée n'avaient point empêché le développement de graves épidémies à Vienne même, à Prague, à Wurtzbourg, et qu'elles avaient quelquefois cessé alors qu'on s'en était relâché et qu'on les avait abandonnées tout à fait.

Je ne veux pas dire que toutes les précautions indiquées ne soient pas utiles, mais la cause signalée par Semelweiss n'est pas à beaucoup près la seule ni même la principale des causes qui peuvent engendrer la fièvre puerpérale.

Il paraît démontré au contraire qu'un accoucheur qui vient de pratiquer une autopsie de femme morte de fièvre puerpérale peut transmettre cette maladie à ses clientes, mais ces faits, qui pourraient trouver leur place ici, seront mieux placés quand il sera question de la contagion, il faut les séparer de ceux de Semelweiss dans lesquels les manœuvres anatomiques avaient lieu sur des cadavres fournis par les maladies les plus diverses.

§ VIII. — *Encombrement, altération de l'air.*

Si la fièvre puerpérale est comparable au typhus, l'encombrement et l'altération de l'air doivent avoir une influence des plus fâcheuses : « Un rassemblement de femmes en couches doit être plus pernicieux encore que celui d'autres personnes. A côté d'elles se trouvent de petits êtres que l'on compte à peine pour quelque chose, qui n'en vicient pas moins

l'air par leur respiration et par leurs excrétions. L'écoulement des lochies, les sueurs abondantes doivent aussi répandre des vapeurs nuisibles. Si on ajoute à cela que les portes et fenêtres sont maintenues soigneusement fermées par la crainte où l'on est du froid, et de l'humidité, on aura l'idée de l'insalubrité d'un air continuellement altéré (1). »

Les auteurs sont unanimes et regardent l'altération de l'air par l'encombrement comme une cause fréquente de fièvre puerpérale; je citerai encore un passage de White qui me paraît important. White examine les conditions que présentent deux hôpitaux de femmes en couches, dans lesquels la mortalité est très-différente, et il dit : « Cet hôpital (en parlant de celui où les succès sont les plus grands) est situé près des champs et ouvert de leur côté : on ne prend aucun soin particulier du régime des malades, mais ils ne sont jamais plus de quatre dans la même chambre, et ils n'y sont ordinairement que deux. C'est au grand air et à la réunion d'un si petit nombre de malades dans la même salle que nous devons attribuer le succès. Dans l'autre hôpital, on met 18 ou 20 malades dans la même chambre, tandis qu'il ne devrait y en avoir que 8 (1). »

La Maternité de Paris est située dans un lieu qui réunit les meilleures conditions hygiéniques : placée sur un terrain élevé, elle est entourée d'immenses jardins, dans le voisinage du Luxembourg et de l'Observatoire, dans un quartier peu populeux. Mais les accouchements y sont nombreux, 3000 par an environ, et l'aération des salles est difficile.

Les femmes enceintes couchent dans de grands dortoirs, placés sous les combles et mal aérés. La salle d'accouchement est

(1) A. C. Baudelocque, *Traité de la péritonite puerpérale*, p. 106.
(2) White, *Avis aux femmes enceintes et en couches*, Paris, 1774, p. 394.

spacieuse, l'aération y est facile, et les dispositions qui y sont prises laissent peu à désirer ; mais les nouvelles accouchées sont placées dans deux longs corridors dans lesquels s'ouvraient autrefois les anciennes cellules de Port-Royal, dont l'une des parois, celle qui répond au corridor, a été abattue ; un lit est placé dans chaque cellule, ou plutôt dans l'un des petits compartiments placés dans une immense salle, de telle sorte qu'une odeur un peu forte, qu'un miasme quelconque se répand facilement dans toute l'étendue de la salle et dans chaque cellule. Aussi, malgré les améliorations qu'on a réalisées, la salubrité est loin d'y être parfaite, et l'air qu'on y respire est altéré par une odeur désagréable et puante. L'aération y est fort difficile ; qu'on ouvre en effet les portes qui se trouvent à chaque extrémité, un courant d'air s'établit facilement dans le milieu de la salle, sans renouveler l'atmosphère qui séjourne dans les cellules incomplètes où sont couchées les nouvelles accouchées.

Le refroidissement peut avoir une action nuisible dans le cours des couches, mais je n'en ai pas vu d'exemple, et à coup sûr il est moins redoutable que la crainte invincible qu'il inspire à toutes les femmes, qui, pour l'éviter, se condamnent à respirer un air infect et pour ainsi dire saturé de poison.

Quand nous parlerons de l'infection et de la contagion, nous reviendrons encore sur l'importance de l'altération de l'air et sur l'encombrement.

Quelle que soit la cause qu'on invoque dans l'étiologie des maladies puerpérales, il est évident qu'elle agira avec d'autant plus d'intensité que la constitution des femmes sera plus détériorée, et qu'elles auront été placées dans de plus mauvaises conditions hygiéniques. Cette opportunité plus grande au développement de la maladie n'a rien de spécial pour la fièvre puerpérale.

§ IX. — *Endémie.*

La naissance des maladies endémiques est intimement liée aux localités, surtout pendant certaines saisons, certains vents, certains états de l'atmosphère, de telle sorte que souvent on peut en prédire l'apparition presque à coup sûr. C'est ainsi que le choléra est endémique sur les bords du Gange, où se trouvent réunies les conditions nécessaires à sa formation; c'est ainsi que la fièvre intermittente est endémique sur les bords des marais Pontins et dans la plupart des lieux marécageux.

Rien de semblable n'a lieu pour la fièvre puerpérale. Chaque année, il est vrai, on voit à Paris cette maladie faire quantité de victimes, soit à la Maternité, soit à l'hôpital des Cliniques. Serait-ce aux localités qu'il faut attribuer ce triste privilége? Mais la fièvre puerpérale sévit dans la plupart des hôpitaux, elle éclate quelquefois en ville, dans les provinces et jusque dans les villages les plus isolés. L'Hôtel-Dieu était autrefois le théâtre principal de ses ravages, et Doublet en observait néanmoins une épidémie à l'hôpital Necker. Changez d'ailleurs les maternités de place, et la maladie ira chercher les nouveaux hôpitaux créés. N'en avons-nous pas un exemple récent dans l'hôpital Lariboisière, qui, à peine ouvert, était envahi par la fièvre puerpérale? Ce fait prouve une fois de plus que la fièvre puerpérale se montre fréquemment dans toutes les maternités des grandes villes, et que l'emplacement sur lequel elles sont construites n'entre pour rien dans la production de la maladie.

Serait-ce aux bâtiments eux-mêmes et à l'insalubrité qui peut en résulter qu'est due la maladie? Nous ne le pensons pas davantage. Dans l'année 1855, l'administration des hôpitaux, justement préoccupée de cette question, faisait aérer

plus largement les salles; tous les murs étaient peints à l'huile, de manière à les rendre réfractaires à l'imprégnation des miasmes et à faciliter leur lavage; pendant ce temps tout le matériel était changé ou largement aéré, et pourtant quelques mois à peine s'étaient écoulés, que des malades étaient frappées en grand nombre. La fièvre puerpérale n'est donc pas une maladie endémique, puisqu'elle naît, dans tous les pays, dans chaque maternité capable de recevoir un grand nombre de femmes, bâtie en quelque lieu que ce soit; puisque sa production est indépendante de la construction des bâtiments et des dispositions hygiéniques aussi bonnes que possible qui peuvent en résulter, bien que toutes les précautions qui améliorent la salubrité fassent diminuer le nombre des malades, résultat qui serait également vrai pour toute autre maladie.

Si, dans les salles de la Maternité, on pouvait n'accoucher qu'une femme de loin en loin, il est évident que la mortalité n'y serait pas plus grande qu'ailleurs, et, dans ces circonstances cependant, l'influence endémique, si elle eût existé auparavant, devrait rester la même. Cette discussion nous a paru utile, parce que quelques auteurs ont regardé et regardent la fièvre puerpérale comme une maladie endémique, et cette opinion nous paraît complétement erronée.

§ X. — *Epidémie.*

La fièvre puerpérale est souvent sporadique, mais elle acquiert en certaines circonstances le triste privilége de se propager à un grand nombre de malades. Pendant l'année 1856, nous avons eus à la Maternité de Paris, l'occasion de suivre une de ces épidémies, il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un coup d'œil sur le tableau suivant qui offre le chiffre des

décès pour chaque mois de l'année en regard du nombre des accouchements.

	Nombre des accouchements.	Décès.
Janvier	251	7
Février	266	7
Mars	327	7
Avril	315	32
Mai	32	31
Juin	31	0
Juillet	146	6
Août	206	4
Septembre	202	14
Octobre	64	13
Novembre	162	6
Décembre	235	4
Du 13 avril au 10 mai	»	59

Ce n'est pas seulement dans les hôpitaux que sévissent ces épidémies; elles se manifestent parfois dans les villes, dans les villes de province, ainsi que, il y a peu de temps, le décrivait le docteur Zandyck (1).

« C'est ainsi, par exemple, qu'on voit, en 1819, la fièvre puerpérale régner à la fois à Vienne, Prague, Dresde, Wurtzbourg, Bamberg, Ansbach, Diligen, dans plusieurs villes d'Italie, à Lyon, Paris, Dublin, Glascow, Stirling, Stockholm, Pétersbourg. Il est assez curieux également de voir quelques-unes de ces épidémies s'étendre aux femelles mêmes des animaux domestiques, aux chiennes, par exemple, dans l'épidémie observée à Londres en 1787 et 1788, et dans celle de 1821 à Édimbourg, ainsi qu'aux vaches qui vêlèrent à cette époque dans plusieurs parties de l'Écosse, enfin aux poules pondeuses des environs de Prague dans l'épidémie de 1835 (2). »

(1) *Étude sur l'épidémie de fièvre puerpérale qui a régné à Dunkerque en* 1854 *et en* 1855, Paris, 1856.

(2) Danyau, *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIII, Paris, 1858, p. 550.

Il n'est pas rare de voir des femmes entrer à la Maternité déjà malades, et, pour elles, l'accouchement et le séjour à l'hôpital ne font que favoriser les progrès d'une maladie qui avait commencé auparavant.

Les villages, comme les villes, en sont parfois atteints, et pour en prendre un seul exemple dans un auteur justement célèbre, nous citerons le passage suivant de Lepecq de la Clôture : « On ne doit pas omettre un genre d'épidémie assez particulier qui régna dans la paroisse de Heugon, dans le cours de l'année 1767 ; elle ne s'étendit que sur les femmes en couches, dont le nombre était considérable, et leur fut si funeste, que de toutes celles qui eurent le malheur d'enfanter dans ce temps, pas une n'en fut exempte ; elles périrent toutes misérablement de la même manière. »

Il faut bien admettre dans tous ces cas, comme dans toutes les épidémies, l'action d'un principe général, inconnu dans son essence, appréciable par ses effets, qu'on a désigné sous le nom de *génie épidémique*. Sous son influence la maladie pourra revêtir telle ou telle forme, mais derrière ces variations elle restera la même avec ses principaux caractères.

L'encombrement des malades n'explique pas à lui seul ces épidémies, puisqu'elles sévissent quelquefois dans les villages, puisque souvent, quand les salles de la Maternité sont pleines, l'état sanitaire y reste excellent. Un principe contagieux, actif, serait lui-même impuissant à rendre compte d'une marche aussi variable, puisque souvent, au milieu de salles remplies de nouvelles accouchées, on voit un cas ou deux de fièvre puerpérale éclater sporadiquement, sans que la maladie atteigne un plus grand nombre de femmes. Des exemples semblables ne sont pas rares dans beaucoup d'autres maladies.

Dans l'étiologie des maladies épidémiques, on se perd en

conjectures et en recherches inutiles pour trouver une explication satisfaisante, on n'arrive qu'à un résultat négatif ; c'est là le propre de toute épidémie d'obéir à une cause cachée et impénétrable, qui échappe à nos investigations et à notre action, et à ce titre seul la fièvre puerpérale mériterait d'être rangée au nombre des maladies épidémiques.

CHAPITRE VIII.

CONTAGION.

De ce que la fièvre puerpérale est épidémique, il ne s'ensuit nullement qu'elle ne puisse être soumise à une autre influence ; nous croyons au contraire que souvent elle devient contagieuse.

Avant d'émettre une semblable opinion dans notre thèse, nous avions hésité, à cause du peu d'appui que nous avions trouvé dans les auteurs : la plupart ne parlent même pas de la possibilité de la contagion, d'autres la nient sans discussion ou restent dans un doute systématique; et c'est à peine si nous en avions trouvé quelques-uns qui eussent timidement osé dire qu'ils croyaient à son action, encore le nombre en était si restreint, que nous n'avions osé dire quelle était notre manière de voir, que parce que notre conviction était bien arrêtée et basée sur des observations et des recherches personnelles. Aujourd'hui, grâce à la discussion qui s'est élevée à l'Académie, grâce à la courageuse initiative de ses membres, la question a été débattue, et, si tout le monde n'est pas convaincu, un grand nombre d'académiciens acceptent comme un fait démontré la propagation de la fièvre puer-

pérale par contagion. J'écrirai donc ce chapitre avec plus de certitude et de liberté, sans oublier toutefois combien sont difficiles toutes les questions qui se rattachent à l'étude de la contagion, et que souvent c'est avec vraisemblance que les opinions les plus contradictoires peuvent être soutenues.

§ I. — *Comparaison de la mortalité dans les hôpitaux et dans la pratique civile.*

Tous les médecins des hôpitaux de femmes en couches ont été justement effrayés par le grand nombre des décès, et nous n'avons pas été plus heureux. Les chiffres suivants, recueillis pendant l'année 1856, en donneront une idée :

A la Maternité......	2237	accouchements,	132	décès.
A la Clinique	630	—	51	—

Pendant que ces deux hôpitaux étaient fermés, une partie des femmes étaient dirigées sur l'hôpital Cochin, et on y vit à peu près la même mortalité ; les documents en ont été publiés dans l'excellente thèse de mon collègue et ami, le docteur Barbrau (1) :

		Accouchements.	Décès.
Hôpital Cochin.	Du mois de mai au mois d'août......	118	6
	Du mois d'octobre au mois de novemb.	88	10

Les choses sont heureusement bien différentes dans la pratique de la ville ; nous avons, à la mairie du 12e arrondissement, dans lequel se trouve la Maternité, compulsé les registres de la même année, et nous avons trouvé :

Clientèle civile......... 3,222 accouchements, 14 décès.

Encore nous devons ajouter que, sur ces 14 décès, 4 femmes étaient mortes, il est vrai, chez elles, mais après avoir été accouchées à la Maternité, d'où elles étaient sorties malades.

(1) Barbrau, *Thèse de Paris*, août 1857.

Pour obtenir un résultat aussi exact que possible, nous avons feuilleté le registre des décès, acte par acte, et chaque fois qu'une femme était morte de 15 à 50 ans, nous avons recherché dans le registre des naissances, soit à son nom, soit à celui de son mari, si elle était accouchée dans le mois qui avait précédé sa mort, et nous avons considéré comme morte de fièvre puerpérale chaque femme qui s'est trouvée dans cette condition : cette manière de procéder n'a donc pu que grossir le chiffre de la mortalité et nullement le diminuer. Nous avons pu éviter ainsi le reproche, qu'on a adressé à ces sortes de recherches, de ne porter que sur le résultat consigné par des médecins désireux quelquefois de cacher un insuccès dans la pratique des accouchements. Nous avons établi notre relevé avec tout le soin possible, et ce qui nous a montré que nos recherches avaient été scrupuleusement faites, c'est que nous avons trouvé ainsi le décès de toutes les femmes qui avaient succombé à la Maternité.

Nous croyons donc notre statistique aussi juste que possible ; mais, comme tous les résultats fournis par cette méthode, elle est entachée de quelques inexactitudes que nous avons le premier signalées dans un travail antérieur (1).

Notre statistique n'a porté que sur les femmes accouchées d'enfants vivants, et la mort du fœtus dans le sein de sa mère a été regardée comme une cause puissante de fièvre puerpérale ; nous sommes, comme on sait, loin de partager cette opinion, quoi qu'il en soit, nous aurons soin d'en tenir compte dans le tableau de comparaison, et nous n'y ferons pas figurer les femmes accouchées à la Maternité d'enfants mort-nés ; nous pensons que le résultat auquel nous sommes arrivé n'aurait pas été modifié, s'il eût porté en même temps sur les mères

(1) *Thèse*, Paris, 1857.

des enfants mort-nés, et nous avons cru inutile de faire ce travail, très-difficile et très-long.

Une autre erreur, impossible à éviter, tient à la pénurie de la plupart des familles logées dans le XIIe arrondissement : les ressources sont épuisées par les frais de l'accouchement, et quand survient une maladie, la nouvelle accouchée est envoyée à l'hôpital, où elle succombe quelquefois, et le chiffre de la mortalité à domicile s'en trouve allégé. Cette erreur doit cependant être minime dans le compte rendu des médecins du bureau de bienfaisance, et sur 712 accouchements ils n'ont eu que 5 décès à déplorer.

Le tableau suivant résume nos recherches statistiques :

Maternité	Accouchements	2237
	Décès par suite d'affections diverses	12
	Décès de femmes accouchées d'enfants mort-nés.	6
	Décès par suite de fièvre puerpérale	114
	Total des décès	132
Clientèle de la ville. (XIIe arrondissement.)	Accouchements	3222
	Femmes accouchées à la Maternité et mortes en ville	4
	Femmes accouchées et mortes à domicile	10
	Total des décès	14

Si nous comparons le nombre des accouchements et le nombre des cas de mort, en prenant les chiffres 2237 et 114, et les chiffres 3222 et 10, nous aurons la proportion suivante dans la mortalité :

Maternité		1/19,62
Clientèle de la ville (XIIe arrondissement)		1/322,20
Hôpital de la Clinique		1/19
Hôpital Cochin.	De mai à août	1/19,66
	D'octobre à novembre	1/8,8
Bureau de bienfaisance du XIIe arrondissement		1/142

Il y a donc autant de différence entre la mortalité de la Maternité et celle de la ville, pour le même arrondissement,

qu'il y a de différence entre les chiffres 322 et 19, c'est-à-dire qu'elle est 17 fois plus considérable à l'hôpital qu'à domicile.

Si nous n'avons pas évité l'erreur qui tient au transport des femmes malades dans un hôpital, après qu'elles ont fait leurs couches chez elles, nous croyons cette erreur à peu près compensée par les maladies non puerpérales auxquelles ont dû succomber quelquefois les femmes de la ville ; dans l'impossibilité d'une vérification exacte, nous avons supposé que toujours la mort avait été déterminée par la fièvre puerpérale, et le chiffre de la mortalité à domicile a dû s'en trouver indûment grossi.

D'une autre part, il arrive malheureusement, dans la pratique particulière, que des femmes succombent par défaut de soins, et, dans les 10 décès que nous avons relevés, nous avons eu précisément l'occasion de voir l'une de ces femmes, qui mourut par suite de l'incurie et de l'ignorance des personnes qui étaient chargées de l'accouchement. A la Maternité, cette mort eût été probablement évitée par les soins éclairés qui sont donnés à toutes les femmes.

Quel que soit d'ailleurs le nombre des femmes accouchées chez elles, qui aient succombé ensuite à l'hôpital, il ne comblerait jamais la différence trouvée ; les chiffres qui la traduisent la mettent suffisamment en relief, et disent assez quelle est son importance pour qu'il soit inutile d'y insister plus longtemps.

Dans la discussion de l'Académie (1), M. P. Dubois m'a fait l'honneur de mentionner ces recherches, et, après avoir rappelé les inexactitudes dont nous venons de parler, il a fait remarquer que cette heureuse proportion, de 1 cas de mort sur 322 accouchements, lui paraissait plus favorable que

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIII, séance du 4 mai 1858.

celle que l'on observe dans les meilleures conditions de salubrité, d'aisance et de fortune dans la pratique privée. Cette objection, dont je ne veux pas atténuer la valeur, est une nouvelle preuve de l'infidélité de la statistique; mais que M. P. Dubois me permette de faire appel à ses souvenirs, j'en suis sûr, dans sa pratique privée, l'illustre accoucheur n'a jamais perdu 1 malade sur 19 nouvelles accouchées, comme à la Maternité. En entreprenant ces recherches, je n'ai pas eu la prétention d'arriver à un résultat mathématique, j'ai seulement voulu mettre hors de doute, par des preuves irrécusables, que la mortalité était beaucoup plus grande dans les hôpitaux qu'en ville, et tout le monde, je crois, sera d'accord avec moi. Les recherches récentes de M. Trébuchet ont d'ailleurs confirmé les miennes (1).

§ II. — *Propagation dans les hôpitaux.*

Nous avons déjà dit ailleurs que la fièvre puerpérale n'est pas endémique, et lorsqu'une maladie sévit dans un espace aussi restreint qu'un hôpital, à la Maternité, par exemple, et à la Clinique, sans se répandre dans le XII[e] arrondissement, elle ne peut être regardée comme uniquement produite et propagée par l'influence épidémique qui devrait se faire sentir beaucoup plus loin.

C'est un fait connu et établi depuis longtemps que les nouvelles accouchées meurent en plus grand nombre dans tous les grands hôpitaux, qui leur sont consacrés, que dans la ville, et Johnson a dit : « J'observe que cette maladie se rencontre plus souvent dans les hôpitaux des femmes en couches que dans les maisons particulières. En voilà, selon moi, la

(1) Velpeau, *Bulletin de l'Académie de médecine*, Paris, 1858, t. XXIII.

véritable cause, c'est que quelque précaution que l'on prenne dans les hôpitaux, l'air doit y être plus ou moins imprégné de miasmes putrides qui se répandent dans la salle et s'attachent aux meubles (1). »

On ne peut pas attribuer au génie épidémique une action élective pour les hôpitaux, et nous croyons que c'est dans l'infection et la contagion qu'il faut chercher la cause qui seconde si puissamment la force productrice de la maladie.

Quand on voudra nettement définir, pour les séparer, l'infection et la contagion, des discussions sans fin surgiront à coup sûr. L'infection, lorsqu'elle tient à la décomposition des matières végétales ou animales, ou à l'accumulation d'hommes sains, ne peut être confondue avec la contagion ; mais, lorsqu'elle dépend d'émanations qui proviennent d'organismes malades, et qui vont engendrer une maladie semblable à celle qui en a été le foyer primitf, nous croyons que c'est une discussion de mots que de chercher à séparer l'infection de la contagion : la maladie n'en aura pas moins été transmise d'un individu malade à un individu sain, n'importe par quel moyen. D'ailleurs les maladies infectieuses deviennent souvent contagieuses, comme on peut l'observer pour le typhus et pour la pourriture d'hôpital; pourquoi n'en serait-il pas de même pour la fièvre puerpérale?

Les premières malades atteintes ne développent pas infailliblement la maladie par leur contact immédiat avec d'autres accouchées, mais elles la propagent en viciant l'air par des émanations *particulières*, et d'une façon telle que cet air agira par une sorte d'infection *spéciale* pour produire la même maladie. Si l'on veut ici nier la contagion pour n'admettre que l'infection, je le répète, ce n'est qu'une querelle de mots.

(1) Johnson, *Avis aux femmes enceintes*, p. 175.

Souvent les maladies, la dyssenterie, par exemple, qui à l'états poradique ne sont pas contagieuses, le deviennent lorsqu'elles règnent épidémiquement, soit parce que l'acuïté de la maladie est plus grande, soit parce que l'altération de l'air, par le nombre des malades et les miasmes plus nombreux qui s'en dégagent, est portée à un assez haut degré. Ce sont ces raisons qui font sans doute que la fièvre puerpérale ne paraît évidemment contagieuse que lorsqu'elle sévit par épidémie, et surtout dans les hôpitaux.

Nous dirons enfin que si l'infection jouait un grand rôle dans la production des fièvres puerpérales, les améliorations des hôpitaux, en diminuant les mauvaises conditions hygiéniques qui peuvent favoriser l'infection, auraient dû entraîner une diminution notable dans la mortalité, qui reste cependant considérable, et qui n'a que peu diminué depuis Tenon, si nous nous reportons au triste état des nouvelles accouchées, par le tableau que cet auteur nous en a laissé :

« L'emploi des femmes grosses renferme 67 grands lits et 37 petits; ils étaient occupés, le 12 janvier 1786, par 175 femmes grosses ou accouchées, et par 16 femmes de service. La situation des nouvelles accouchées est encore plus déplorable; elles sont de même deux, trois, quelquefois quatre dans le même lit, les unes à une époque de leurs couches, les autres à une autre époque. N'est-ce pas dans ces lits que sont confondues les accouchées saines avec les malades, avec celles qui sont atteintes de cette fièvre puerpérale qui en fait tant périr? Quelle santé tiendrait à cette affreuse situation? Quelle maladie n'en serait pas accrue? Enfin, qu'on entr'ouvre ces lits de souffrances, il en sort, comme d'un gouffre, des vapeurs humides, chaudes, qui s'élèvent, se répandent, épaississent l'air, lui donnent un corps si sensible, que le matin, en hiver, on le voit s'entr'ouvrir à mesure qu'on le

traverse, et on ne le traverse point sans un dégoût qu'il est impossible de surmonter (1). »

La mortalité des femmes en couches placées dans cette situation déplorable était de 1/15, et nous la voyons encore aujourd'hui, à la Maternité et dans la plupart des autres hôpitaux, atteindre le chiffre de 1/19. La différence n'est nullement en rapport avec l'état actuel de nos hôpitaux; la mortalité n'a pas diminué en raison directe des améliorations hygiéniques; nous devons donc croire que les malades restent soumises à une cause puissante, la contagion, qui marche parallèlement à l'influence épidémique.

Ce n'est guère dans les hôpitaux qu'on peut rassembler des faits probants en faveur de la contagion, cependant quelques observateurs ont cru saisir des indices assez précis : « Lorsqu'il fut question d'évacuer la Maternité sur l'Hôtel-Dieu annexe, l'on se demanda si l'on devait disperser les femmes enceintes dans divers services de l'hôpital, ou bien créer une salle spéciale où toutes les femmes seraient réunies. L'on s'arrêta au dernier projet. C'était rentrer dans des conditions analogues à celles qu'offrait la Maternité ; aussi les résultats obtenus sont-ils remarquables.

« Sur 67 femmes accouchées dans le service spécial, et venant toutes de la maison d'accouchement, nous avons eu 14 décès.

« Sur 21 femmes accouchées dans le service de médecine, et venant toutes de la ville, nous n'avons eu qu'un seul décès (2). »

En 1856, le même fait s'est reproduit, et les femmes qui ont été envoyées de la Maternité à l'hôpital Lariboisière, où

(1) Tenon, *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*, p. 238.
(2) Bidault et Arnoult, *Gazette médicale*, 1845.

il ne régnait pas encore d'épidémie, y succcombèrent presque toutes.

On ne peut guère expliquer des faits pareils qu'en admettant un miasme contagieux que les femmes auraient emporté avec elles, puisqu'elles se trouvaient, par le changement de lieu, soustraites à l'action endémique ou épidémique qui pouvait les rendre malades à la Maternité.

Nous avons été nous-même le témoin de faits qui nous semblent ne laisser aucun doute, et dans lesquels l'empoisonnement a été assez intense pour déterminer l'évolution de la maladie chez deux élèves sages-femmes qui soignaient les malades. Ces deux faits font le sujet des observations I et II.

Dans le premier cas, une élève, de constitution très-robuste, eut ses règles dans les premiers jours du mois de mai; depuis cette époque elle éprouva du malaise, de l'inappétence, et quelques jours après on vit se développer une maladie exactement semblable à celle que nous observions chez les nouvelles accouchées; la malade fut emportée en trois jours, et à l'autopsie on trouva le péritoine rempli de sérosité purulente; l'utérus était parfaitement sain, et sa cavité ne contenait qu'un peu de mucus filant et transparent.

Dans le second cas il s'agit d'une autre élève qui, au milieu de l'époque menstruelle, fut prise d'accidents semblables; elle fut pendant longtemps très-gravement malade, mais elle finit enfin par se rétablir.

A ces deux observations, nous joindrons un passage dans lequel un fait semblable a été rapporté : « Pendant une épidémie de fièvre puerpérale, à la Maternité, une élève sage-femme était chargée d'une nouvelle accouchée atteinte d'une métro-péritonite des plus graves; un matin, cette élève, en donnant à la malade les soins spéciaux que nécessitait sa situation, fut vivement impressionnée et comme suffoquée par les

émanations qui s'échappèrent lorsqu'elle souleva la couverture du lit; le soir même, un frisson intense se déclara, le ventre devint très-douloureux, le pouls petit et fréquent; il survint des vomissements verdâtres, de la diarrhée, enfin tous les symptômes d'une fièvre puerpérale des mieux caractérisées; la mort arriva en quarante-huit heures. On rencontra à l'autopsie les altérations que présentent habituellement les cas de ce genre, seulement le tissu de l'utérus n'était pas altéré. M. Depaul put constater, en outre, que non-seulement cette jeune fille ne se trouvait dans aucune condition de puerpéralité, mais qu'elle présentait même tous les signes physiques de la virginité. Un tel fait n'autorise-t-il pas à admettre que, pendant une épidémie violente de fièvre puerpérale, cette maladie est contagieuse même pour des femmes non enceintes et non récemment accouchées (1)? »

Nous venons de rapporter trois exemples de fièvre puerpérale transmise à des femmes dont l'utérus était à l'état de vacuité. Comment expliquer cette transmission de la maladie, je le demanderai, si ce n'est par la contagion? Ces trois jeunes filles auraient-elles succombé, si elles n'avaient pas soigné les femmes malades, et chez elles la fièvre puerpérale aurait-elle éclaté sous l'influence épidémique seule? Évidemment non, et personne ne le croirait. C'est en vain qu'on chercherait à éluder la conclusion qu'on doit fatalement tirer de ces faits en les rapportant à l'infection; car lorsque des malades, soit isolés, soit agglomérés, empoisonnent l'air de telle sorte que les personnes qui les entourent contractent la même maladie, le résultat est dû à la contagion.

Ces trois observations ne sont pas les seules. MM. Dubois et Danyau ont observé des faits semblables (communication

(1) Depaul, *Union médicale*, 1855, nº 26, p. 107.

orale), et M. Voillemier en cite un exemple observé à la Maternité en 1838. Burns dit aussi que des femmes non mariées qui soignaient les malades sont mortes avec les symptômes de la fièvre puerpérale (1).

Il est vraiment fâcheux que tous les faits de ce genre n'aient pas été publiés, car leur intérêt est immense, soit qu'on apprécie la nature de la fièvre puerpérale, soit qu'on recherche suivant quel mode elle se propage. Le docteur Gallard a parfaitement compris cette importance, et comme notre collègue et bon ami est un localisateur par excellence, et qu'il ne croit guère à la contagion de la fièvre puerpérale, il a dirigé surtout ses attaques contre les observations de fièvre puerpérale développée chez des élèves sages-femmes, dans un travail fort important, dans lequel il a fait la revue et l'analyse critique des travaux des élèves de l'école de la Maternité (2).

Les objections du docteur Gallard sont exprimées avec une telle courtoisie, et parfois avec une bienveillance si amicale, que j'aurais presque honte de les réfuter, si elles n'attaquaient pas la clef de voûte, si je puis parler ainsi, de ma thèse.

J'aurai toujours sur M. Gallard l'avantage immense d'avoir vu les faits dont il n'a pu lire que la relation ; la signification que je leur ai accordée était celle que lui donnaient au lit des malades MM. Danyau et Delpech ; l'épidémie était à son apogée, et nous n'avons vu aucune différence entre la maladie des élèves et celle des femmes en couches. Jamais cette extension de la fièvre puerpérale aux élèves ne se montre que lorsqu'elles soignent des malades, c'est donc une erreur de n'y voir qu'une péritonite ordinaire, qui aurait aussi bien éclaté en toute autre circonstance. M. Gallard sait bien, qu'élève du même maître que lui, j'ai défendu autre-

(1) Burns, *Traité des accouchements*, traduction française, Paris, 1855.
(2) T. Gallard, *Union médicale*, juillet 1857.

fois les idées qu'il conserve encore; je suis persuadé que s'il avait été le témoin des mêmes faits, il défendrait aujourd'hui la même opinion que moi.

Nous avons déjà dit que les enfants nouveau-nés, qui présentent aussi des conditions favorables au développement de la fièvre puerpérale, périssent en grand nombre; c'est ainsi qu'à la Maternité, sur 302 enfants nouveau-nés morts pendant l'année 1856, 78 succombèrent du 1er avril au 10 mai, pendant que l'épidémie sévissait sur les femmes; c'est dans ces quarante jours seulement que le chiffre de ces décès dépassait le quart des morts de l'année entière; les enfants des femmes bien portantes mouraient en aussi grand nombre que les enfants des femmes malades; ces derniers, en effet, n'ont été qu'au nombre de 35 seulement sur 78. Nous parlons ici de la mortalité générale, sans diagnostic de maladie, car nous n'avons pas recueilli ces observations, bien que nous ayons souvent vu, comme notre ami le docteur Lorain, des lésions identiques à celles de la fièvre puerpérale.

Comment expliquer une pareille mortalité, si ce n'est par la transmission de la maladie des mères aux enfants? Quand l'état sanitaire d'une maison d'accouchement est bon, les enfants n'y meurent qu'en petit nombre, quand une épidémie sévit sur les nouvelles accouchées, les enfants succombent en grand nombre et de la même maladie. Là où il n'y a pas de femmes en couches, on n'observe pas chez les enfants l'affection si bien décrite par M. Lorain. Voit-on en effet, à l'hospice des Enfants trouvés, voisin de la Maternité, des épidémies de fièvre puerpérale ou de péritonite? J'ai été pendant deux mois à l'hospice des Enfants trouvés, M. Lorain y avait passé une année entière avant d'aller à la Maternité, et nous n'y avons jamais, ni l'un ni l'autre, rien vu de pareil.

C'est au voisinage des femmes atteintes de fièvre puerpé-

rale qu'est due la transmission de cette maladie aux enfants nouveau-nés et aux élèves sages-femmes. Cette vérité est pour moi incontestable, et je suis si bien convaincu que je voudrais voir mon opinion acceptée par tout le monde; j'espère du moins qu'elle se propagera.

L'évidence de la contagion dans la production d'une maladie est irréfutable lorsque des individus, placés en dehors des mêmes influences, contractent la même maladie par contact immédiat. Il est presque impossible qu'on trouve cette preuve pour la fièvre puerpérale dans la clientèle civile. Les nouvelles accouchées, qui sont dans les conditions les plus convenables pour être contaminées, sont retenues dans leur lit par le fait même de leur accouchement, elles ne peuvent dès lors avoir aucun contact avec les femmes malades; c'est là, sans aucun doute, la raison principale qui a rendu indécise, jusqu'à ce jour, la question de la contagion de la fièvre puerpérale. Si le contact immédiat est possible, ce n'est guère que dans les hôpitaux, où les nouvelles accouchées sont réunies, et alors on explique la propagation de la maladie par l'épidémie ou par l'infection. C'est ainsi que M. le professeur P. Dubois, sans nier la contagion, a montré (1) qu'à l'hôpital des Cliniques, ce n'était ni dans les mêmes lits, ni dans les lits voisins, qu'on observait les cas de mort, mais que l'influence épidémique semblait égale dans les différentes parties de l'établissement.

A ces faits on peut en opposer d'autres, et dernièrement encore, mon ami, M. Siredey, interne des hôpitaux, me citait un lit de l'hôpital Lariboisière, dans lequel il avait vu successivement, et de suite, succomber trois nouvelles accouchées. Burns dit également que dans les hôpitaux de l'Angleterre on a pu suivre souvent les traces manifestes de la

(1) P. Dubois, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1858, t. XXIII, Paris.

contagion de la fièvre puerpérale. Je dirai enfin que dans les maladies évidemment contagieuses, et reconnues telles par tout le monde, la propagation ne se fait pas toujours de proche en proche, d'un lit aux deux lits voisins ; j'ai vu, pour la variole, par exemple, un malade, placé à l'extrémité d'une salle, transmettre la même affection à un malade placé à l'autre extrémité de la salle. La facilité avec laquelle les effluves contagieux doivent se déplacer avec les couches d'air rend facilement compte de ce transport à distance.

M. Jacquemier, qui s'est déclaré l'adversaire des contagionistes, a insisté sur ce point que les épidémies de fièvre puerpérale offrent, dans leur apparition, leur développement et leur marche, des caractères et des allures qu'elles perdraient sans aucun doute, si, une fois développées, l'infection ou la contagion venait contribuer à leur propagation et à leur entretien : « Si ces épidémies sont souvent annoncées « par des troubles puerpéraux divers, par quelques cas graves « isolés, souvent aussi elles débutent brusquement, et cessent « de même lorsqu'elles sont de courte durée. Si leur durée, « au contraire, est de plusieurs mois, elles présentent rare- « ment d'une manière uniforme, avant de s'éteindre définiti- « vement, une période d'accroissement, d'état stationnaire et « de décroissance. A une invasion brusque d'une durée va- « riable succède le plus souvent une cessation subite, et, « pendant la durée de la suspension, l'état sanitaire de l'éta- « blissement reprend son train habituel, ou est seulement « troublé par quelques accidents puerpéraux de peu de gra- « vité ou par quelques cas isolés ; puis retour soudain et nou- « velle intermittence. Dans les épidémies de longue durée, « les mêmes phénomènes peuvent se reproduire plusieurs fois « avant la cessation définitive de l'épidémie (1). »

(1) Jacquemier, *Gazette hebdomadaire*, 14 mai 1858.

Si la contagion était le seul mode de propagation de la fièvre puerpérale, M. Jacquemier aurait raison d'accumuler ces reproches contre elle, mais avant tout, personne ne le conteste, cette maladie est épidémique ; à l'influence épidémique, si bien dessinée par M. Jacquemier, vient s'ajouter la contagion. Les épidémies de rougeole et de scarlatine montrent dans leur marche des alternatives tout aussi irrégulières que celles de la fièvre puerpérale, et assurément on n'en déduira pas que ces maladies ne sont pas contagieuses.

§ III. — *Transport de la maladie par le médecin.*

Pour toutes les maladies contagieuses on peut soulever une question du plus haut intérêt, mais des plus graves : c'est celle du transport de la maladie par un médecin. Cette question a été soulevée pour la fièvre puerpérale, et les documents nécessaires à sa solution, si rares autrefois, se sont multipliés dans la discussion de l'Académie de médecine.

Lorsqu'un médecin a fait lui-même une autopsie de fièvre puerpérale, il est évident qu'il se trouve dans toutes les conditions favorables au transport du virus contagieux, s'il vient à faire un accouchement. C'est dans ces circonstances que M. Depaul a observé deux cas de transmission de la maladie, et il a eu le mérite et le courage de venir les raconter devant l'Académie. Voici ces deux faits : « En 1839, pendant mon internat à la Maternité, un jour que je venais de faire plusieurs autopsies de femmes mortes de fièvre puerpérale, on vint me chercher pour donner des soins à une dame en travail, dont l'habitation était assez éloignée de la Maternité. Avant de me rendre près d'elle, je pris toutes les précautions recommandées en pareilles circonstances ; je changeai de vêtements et me lavai les mains avec le plus grand soin : elles

conservaient cependant cette odeur si tenace dont les imprègnent, pour plus de vingt-quatre heures, les autopsies de ce genre. Cette dame accouchait pour la seconde fois, sa délivrance fut naturelle et des plus faciles. Dans la soirée, sans qu'aucune imprudence pût l'expliquer, une violente fièvre se déclara, et bientôt apparurent tous les phénomènes habituels de la fièvre puerpérale, qui se termina très-rapidement par la mort, malgré tous les moyens que je mis en usage et les savants conseils de M. P. Dubois, que j'avais fait appeler en consultation. L'autopsie ne put être faite.

« En 1849, alors que j'étais chargé des fonctions de chef de clinique dans le service d'accouchements de la Faculté, étant à l'amphithéâtre, occupé à faire une autopsie de fièvre puerpérale, on réclama mes services pour une dame de la rue de l'Ancienne Comédie. Je pris les mêmes précautions que dans le cas précédent; mais mes mains emportèrent la même odeur. Il s'agissait d'une septième grossesse, qui se termina avec promptitude et sans aucune complication. Tout alla bien jusqu'au soir; mais alors éclatèrent les accidents de la fièvre puerpérale : frisson, douleur abdominale, etc. M. Dubois voulut bien encore m'aider de ses conseils, mais tous nos efforts furent inutiles; cette malade succomba aussi rapidement que la première. Le cadavre ne fut pas ouvert (1). »

A ces deux exemples, M. Danyau a ajouté celui d'une jeune femme auprès de laquelle il fut, il y a quelques années, appelé en consultation par un interne qui l'avait accouchée immédiatement après avoir ouvert le cadavre d'une femme morte de fièvre puerpérale. Sa cliente était atteinte de la même maladie et ne tarda pas à succomber.

Ces faits ne laissent guère de doute sur la transmission de

(1) Depaul, *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIII, 1858, p. 404.

la fièvre puerpérale; mais ils sont rares, et sans la franchise des observateurs ils auraient passé inaperçus, tandis qu'au nombre des circonstances qui frappent particulièrement l'attention, dans les épidémies puerpérales, il faut placer la multiplicité des cas malheureux dans la clientèle d'un même accoucheur, pendant que d'autres praticiens n'ont aucun malheur à déplorer.

Pour aborder, en connaissance de cause, une pareille question, il faut avoir derrière soi une longue pratique, je ne peux donc mieux faire que de rapporter les faits que MM. P. Dubois et Danyau ont fait connaître (1) : Gooch raconte qu'un de ses confrères, qui avait perdu une de ses malades atteinte de fièvre puerpérale, en perdit deux autres successivement : il pensa qu'il avait peut-être transporté des effluves infectieux dans ses vêtements; il en changea, et il n'eut pas d'autres cas mortels.

En 1839, le docteur Renton, qui exerçait la médecine dans un district d'Écosse peu étendu, fit à M. Dubois la communication que voici, à l'occasion d'une épidémie de fièvre puerpérale dont il venait d'être le témoin : « Toutes les accouchées furent assistées par un de mes confrères et par moi; mais pendant que celles qui recevaient mes soins avaient des couches exemptes de complications, tous les cas funestes appartenaient à la clientèle de mon voisin, et cette circonstance était d'autant plus remarquable que, dans ces conditions exceptionnelles, nos clientèles s'étaient presque confondues, l'un de nous remplaçant l'autre en cas d'empêchement. Cette mauvaise fortune persistante produisit sur mon confrère une si pénible impression, qu'il se persuada qu'il serait coupable d'une action presque criminelle s'il ne résignait pas

(1) P. Dubois, *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIII, 1858.

ses fonctions; il me pria en conséquence de le remplacer auprès de ses clientes (1). »

L'heureuse étoile du docteur Renton ne l'abandonna pas; aucune femme ne succomba entre ses mains, malgré la difficulté de quelques accouchements, et bien qu'il visitât toutes les accouchées malades sans changer de vêtements.

La seule raison, au moins apparente, à laquelle il est permis d'attribuer des résultats aussi différents dans la pratique voisine de deux médecins consiste dans ce fait, que le confrère du docteur Renton s'était chargé du manuel des examens cadavériques.

Ces faits ne sont pas isolés; M. Danyau, avec une érudition qui lui a permis de puiser dans la plupart des écrits allemands et anglais, a pu en multiplier les exemples : « Gordon, qui a observé et décrit l'épidémie d'Aberdeen, dit que les cas de fièvre puerpérale existaient particulièrement dans la clientèle des praticiens qui en avaient traité dès le début, et chez les femmes soignées par des gardes qui avaient été antérieurement en contact avec des malades. Robertson cite le cas d'une sage-femme attachée à une institution charitable de Manchester en faveur des femmes assistées à domicile, et qui, en un mois, avait perdu 16 accouchées sur 30, tandis que les onze autres sages-femmes de la même œuvre n'en avaient pas perdu une seule sur 380 ! Le docteur King parle d'un chirurgien de Woolwich qui, en un an, eut 16 cas de mort, tandis que, parmi les accouchées de ses confrères, pas une seule ne fut atteinte. Ramsbotham dit avoir vu toutes les accouchées d'un praticien malades, tandis que rien de semblable ne s'observait dans la clientèle de ses voisins. Même remarque a été faite par Blundell, qui cite des exemples de 10 et 12 cas de faits graves ou mortels entre les mains de di-

(1) P. Dubois, *loc. cit.*

vers accoucheurs, et Davies, qui, en 1832, eut 12 cas de fièvre puerpérale successivement dans sa propre clientèle, tandis que tout se passait heureusement dans celle des autres (1). »

Je pourrais, avec M. Danyau, prolonger encore cette énumération, empruntée aux médecins étrangers, j'aime mieux rapporter quelques faits observés en France : « A Paris, divers praticiens m'ont fait part de ce qu'ils ont observé dans leur clientèle. L'un accoucha dans une semaine cinq femmes ; toutes tombèrent malades successivement, et trois succombèrent. Il n'avait été antérieurement en contact avec aucune malade, n'avait soigné aucun cas d'érysipèle de mauvais caractère, n'avait touché aucune matière putride, n'avait été présent à aucune autopsie. Un autre assista, dans l'espace de neuf jours, cinq femmes, dont la seconde eut une fièvre puerpérale médiocrement grave et qui guérit ; les quatre autres furent ensuite coup sur coup plus ou moins gravement atteintes, et l'une d'elles succomba (2). »

M. Botrel, qui a été l'un des plus rudes adversaires de la contagion, a complétement changé d'avis depuis qu'il a vu le fait suivant : Dans la ville de Saint-Malo, où il exerce, un accoucheur perdit rapidement sept femmes atteintes de fièvre puerpérale ; il ne voulut plus faire d'accouchements, et l'épidémie s'arrêta brusquement. Pendant la durée même de cette petite épidémie, les autres médecins de la ville firent des accouchements en grand nombre, et aucun d'eux n'eut de malheur à déplorer. J'ai appris ce fait de M. Botrel lui-même, qui m'a autorisé à le publier.

La connaissance d'observations semblables doit rendre les accoucheurs extrêmement circonspects en temps d'épidémie. Les faits de contagion, après une autopsie, me paraissent évi-

(1) Danyau, *loc. cit.*
(2) *Id.*, *ibid.*

dents, et les séries de cas malheureux dans la clientèle d'un même accoucheur sont si nombreuses et si tranchées, qu'on ne peut guère les attribuer toutes à de bizarres coïncidences.

Je crois donc à la contagion; mais je ne veux pas lui assigner le rôle principal dans l'étiologie de la fièvre puerpérale. Il ne faut pas oublier qu'accuser les médecins et les accoucheurs, qui soignent une femme malade, de servir presque fatalement, et toujours, de moyen de transport au germe de la fièvre puerpérale, ce serait faire de cette affection la plus contagieuse de toutes les maladies. Il n'est pas de médecin et surtout de médecin d'enfants qui n'ait dans sa clientèle quelques cas de maladie contagieuse, telle que variole, scarlatine, rougeole; personne ne les accuse cependant de propager ces maladies, car ce serait vouloir empêcher toute pratique médicale; il deviendrait nécessaire qu'il y eût autant de médecins que de malades. C'est pour mettre les médecins en garde contre toute exagération que M. P. Dubois (1) a montré que les observations les plus futiles, les faits les plus incomplets, avaient servi, en Angleterre surtout, de prétexte pour admettre la contagion; il a rappelé que, dans sa longue pratique, il avait traversé quelquefois aussi des séries malheureuses, et qu'en 1855, après avoir vu la fièvre puerpérale se déclarer chez trois nouvelles accouchées, il avait disséminé, pour ainsi dire, sa clientèle; et pourtant, sur quatre accouchements, dont il avait confié le soin à autant de médecins différents, il survint encore trois cas de fièvre puerpérale. Si M. Dubois avait lui-même assisté toutes ses clientes, il eût été très-naturel d'attribuer cette succession de cas malheureux à la propriété contagieuse de la maladie, et de convertir

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIII, 1858.

en témoignages probants de contagion de simples coïncidences. C'est pour montrer quelle circonspection on doit apporter dans un jugement semblable que le savant professeur a dit : « La contagion, si elle est vraie, ce que je ne veux pas contester, ne saurait avoir l'influence qu'on lui a prêtée. Aussi ne puis-je admettre qu'avec une certaine incrédulité une partie au moins de ces récits de cas malheureux se succédant avec une désespérante continuité dans la clientèle d'un seul praticien.

« Cette réserve serait justifiée, à mes yeux, par cela seul que les témoignages invoqués me paraîtraient inspirés par des idées scientifiques inexactes ; elle me paraît l'être, à plus forte raison, si ces témoignages sont en désaccord avec ma propre expérience (1). »

Les limites dans lesquelles il faut circonscrire l'action du principe contagieux sont mal déterminées ; il faut donc contrôler avec sévérité les faits invoqués. Dans une question de cette importance, et qui a un si grand retentissement, il faut craindre de dépasser la vérité, et de se laisser entraîner trop loin. Je crois à l'influence de la contagion dans un assez grand nombre de cas ; mais, en formulant mon opinion, j'ai voulu rapporter ici les documents qui servent de point de départ à ce débat, de telle sorte que chacun pourra les apprécier.

En admettant que la fièvre puerpérale est contagieuse, nous sommes conduits à croire qu'elle produit un virus capable de la propager. L'existence d'un miasme contagieux ne nous paraît pas douteuse, mais elle nous est démontrée par le raisonnement seul, et nous ignorons sous quelle forme il se présente et quelle est sa nature. Les anatomistes ont remarqué depuis longtemps que les piqûres qui succèdent aux

(1) P. Dubois, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1858, t. XXIII, p. 641.

autopsies des femmes mortes de fièvre puerpérale ont une gravité plus grande que lorsqu'elles ont lieu pendant d'autres dissections. Ce fait pourrait prouver, à lui seul, que les liquides produits par la fièvre puerpérale contiennent un poison énergique ; de là à l'existence d'un virus il n'y a qu'un pas.

Il est probable que les poumons, par leur étendue et leur activité, offrent des conditions favorables à l'absorption, et que souvent, sinon toujours, c'est par eux qu'a lieu l'empoisonnement ; la contagion se produirait comme dans la plupart des cas de variole. Dans les faits, au contraire, dans lesquels l'accoucheur semble porter avec lui le virus qui lui imprègne les mains à la suite d'une autopsie, nous pensons que l'inoculation peut se faire dans les parties génitales, localement, de la même façon que l'inoculation du pus de la variole ou de la vaccine détermine aussi l'évolution de ces maladies.

Les auteurs qui ont admis la contagion de la fièvre puerpérale sont peu nombreux en France ; nous avons donc cru bien faire en insistant sur les matériaux que nous avions à notre disposition, car pour la plupart des médecins la question était restée indécise jusqu'à ce jour.

Dans les nombreux mémoires écrits sur les maladies des femmes en couches, nous avons souvent trouvé des discussions qui ont mené leurs auteurs à nier la contagion ; parmi eux nous avons remarqué MM. Tonnellé, Lasserre, Jacquemier, Lorain, Zandyck. Nous avons passé outre, parce que nous avons cru qu'on pouvait adresser à tous ces travaux un reproche collectif. Du moment que la contagion ne suffit pas à elle seule pour expliquer la fièvre puerpérale, on en rejette l'existence d'une manière absolue. A chaque instant enfin, les non-contagionistes montrent des femmes qui, placées dans toutes les conditions les plus favorables à la con-

tagion, sont restées parfaitement bien portantes. M. Lorain a eu aussi ce tort dans l'appréciation des causes qui peuvent déterminer la mort chez l'enfant nouveau-né. Cette objection n'en est pas une, car partout et souvent on trouve des individus réfractaires non-seulement aux maladies contagieuses, mais encore aux inoculations virulentes, à l'action d'une épidémie; aucun pathologiste ne s'est avisé de dire qu'une maladie n'était pas épidémique parce qu'elle n'avait pas frappé toutes les personnes d'une même localité, sans exception. Pourquoi se servir de cet argument contre la contagion ?

Nous dirons avec Requin, que si l'on veut se figurer la contagion comme quelque chose d'absolu, d'inévitable, d'infaillible, on ne la verra nulle part dans la nature.

Si la fièvre puerpérale n'était qu'épidémique, elle causerait approximativement des ravages aussi considérables dans la clientèle civile que dans les hôpitaux, et nous avons montré une différence énorme dans la mortalité. L'empoisonnement puerpéral frappe non-seulement les femmes en couches et les femmes enceintes, mais il s'étend encore aux femmes et aux jeunes filles en dehors de ces conditions, et jusqu'aux fœtus et aux enfants nouveau-nés. Nous avons fait voir que l'infection est incapable de rendre compte d'une pareille extension, et que les précautions hygiéniques, qui ont fait disparaître les causes d'infection, n'ont que peu diminué le nombre des décès; nous croyons donc être dans le vrai en disant que la fièvre puerpérale est épidémique et contagieuse.

La contagion n'est sans doute que l'une des causes qui peuvent propager la fièvre puerpérale ; il est possible même qu'elle ne se révèle que pendant les épidémies intenses, pour disparaître dans les cas sporadiques ; mais telle qu'elle s'est présentée à notre observation, la fièvre puerpérale devient contagieuse.

CHAPITRE IX.

PROPHYLAXIE.

Si jusqu'ici il a été impossible d'établir une médication efficace dans le traitement de la fièvre puerpérale, on peut du moins tracer des règles prophylactiques dont l'application a déjà donné d'heureux résultats, et qui, mieux étudiées, plus largement appliquées, pourraient diminuer considérablement le nombre des morts qui suivent les accouchements dans les grandes villes, et surtout dans les maisons spéciales aux femmes en couches. Nul sujet n'est, à coup sûr, plus digne d'attirer l'attention, car trop souvent la mère ou l'enfant, souvent tous deux périssent victimes de la fièvre puerpérale.

Les épidémies de fièvre puerpérale sont si fréquentes, elles causent tant de ravages, le traitement est si impuissant, qu'il faut tourner toutes ses espérances vers la prophylaxie.

C'est par centaines qu'on empêcherait les pauvres femmes de succomber, chaque année, si l'administration et les médecins avaient à leur disposition des ressources suffisantes; mais ce n'est pas en quelques mois que l'on peut improviser les changements considérables que réclament les hôpitaux des femmes en couches. L'importance énorme des sacrifices pécuniaires fera qu'au lieu d'aborder les difficultés de front, on cherchera à les atténuer. Pour que l'administration ne s'égare pas dans ses tentatives, il est du devoir des médecins de désigner clairement, dès aujourd'hui, dans quel sens doivent être dirigés tous les efforts. L'Académie de médecine seule a une autorité suffisante dans des intérêts aussi grands, et l'importance du rôle qui lui est échu est énorme; mais je ne doute

pas que ses décisions n'amènent bientôt des perfectionnements considérables dans l'hygiène des femmes en couches.

Les deux causes les plus puissantes qui concourent à la production de la fièvre puerpérale sont, en dehors de l'influence épidémique sur laquelle nous ne pouvons pas agir, l'encombrement, ou plutôt la réunion d'un grand nombre de nouvelles accouchées, et la contagion. Ces notions nous mènent directement à proposer quelques règles hygiéniques qu'on peut résumer dans une recommandation unique : *Isoler autant que possible les nouvelles accouchées, les séparer les unes des autres.* Ce précepte nous paraît avoir une si grande importance que nous l'avions déjà pris pour épigraphe dans le concours du prix Monthyon.

Nous avons montré que la mortalité des Maternités dépasse de beaucoup la mortalité de la clientèle civile. On peut donc se demander si, pour couper le mal dans sa racine, il ne faut pas supprimer les hôpitaux spéciaux et les remplacer par l'assistance à domicile. C'est dans ce sens que l'un des membres les plus autorisés de l'Académie a nettement formulé une proposition.

Si tout le monde reconnaît les inconvénients des hôpitaux, Maternités ou autres, puisque la mortalité y est à peu près égale, chacun aussi rend justice à leur utilité. Dans l'état de notre société, dans les grandes villes surtout, il est impossible de songer à faire disparaître complétement les hôpitaux de femmes en couches. La plupart des femmes qui viennent dans les Maternités y viennent non-seulement chercher des soins éclairés, mais encore un refuge, et souvent un refuge où elles puissent cacher leur faute ; presque toutes sont filles-mères. Venues de la province pour être domestiques à Paris, quand elles deviennent enceintes, elles ne trouvent ni domicile, ni parents disposés à les recueillir au terme de leur gros-

sesse. Que deviendraient-elles si elles ne trouvaient accès nulle part ? M. Danyau, qui a fait valoir toutes ces considérations en faveur des hôpitaux, a ajouté encore une objection de la plus haute importance : « A Paris, à Dublin, dans la plupart des villes universitaires de l'Allemagne, les hôpitaux et cliniques d'accouchements ne sont pas seulement des établissements d'assistance publique, ce sont encore des écoles où se forment annuellement un grand nombre d'élèves des deux sexes, qui vont ensuite répandre dans toutes les contrées les bienfaits de l'instruction théorique et pratique qu'ils y ont puisée..... La suppression des hôpitaux abaisserait le niveau de l'instruction pratique des médecins, nous ramènerait, en ce qui concerne les sages-femmes, au temps des matrones, et ne serait pas moins fâcheuse aux femmes indigentes des villes qu'aux pauvres femmes des campagnes (1). »

Loin de songer à supprimer les hôpitaux d'accouchements, il faut songer à en multiplier le nombre. On a remarqué partout, à Vienne surtout, que la mortalité augmentait rapidement avec le nombre des admissions ; il faut donc créer de petites Maternités, où les accouchements ne se feront qu'en petit nombre ; elles remplaceront, sans en avoir les inconvénients, les grandes maisons d'accouchements, vastes foyers toujours ouverts aux épidémies et aux miasmes contagieux.

C'est en accouchant chez elles, dans leur chambre, malgré la misère qui les entoure souvent, que les femmes enceintes trouvent le plus de sécurité. On doit donc s'efforcer d'établir des hôpitaux dans lesquels les nouvelles accouchées trouveront des conditions analogues à celles dans lesquelles elles sont placées quand elles accouchent à domicile. Pendant

(1) Danyau, *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIII, 1858, p. 571 et 572.

la durée des couches, les femmes ont besoin d'un plus grand espace, de plus d'air que dans n'importe quelle maladie. Les salles qui leur sont consacrées doivent être vastes, spacieuses, largement aérées; les lits ne doivent y être que peu nombreux; on ne devrait jamais rassembler plus de deux accouchées dans la même salle; mieux vaudrait encore n'en placer qu'une dans chaque chambre; cette heureuse disposition ferait rentrer la nouvelle accouchée dans des conditions analogues à celles qu'on rencontre dans la clientèle civile.

Réunir plusieurs femmes en couches c'est créer un danger imminent; n'en avons-nous pas un exemple frappant à l'hôpital Lariboisière? — Tout a été fait pour le bien-être des malades : salles vastes, largement aérées, murs peints à l'huile ou recouverts de stuc, lits espacés : rien n'a été négligé. On peut dire qu'il y a du luxe dans cet hôpital; mais on a commis la faute capitale de mettre dans la même salle vingt-huit femmes en couches, et la mortalité y est aussi considérable qu'à la Maternité ou à l'hôpital des Cliniques; le même insuccès s'observe à l'hôpital Beaujon.

Quand plusieurs femmes, les unes à la suite des autres, accouchent et séjournent dans la même chambre, dans le même lit, les murs et les objets de la literie finissent par être imprégnés d'effluves particulières, qui empoisonnent l'air et créent de détestables conditions hygiéniques. Pour parer à ce nouveau danger, j'ai souvent entendu mon maître, M. Danyau, insister sur l'importance d'une mesure, employée dans plusieurs hôpitaux de l'Angleterre, qui consiste à n'occuper les salles qu'à tour de rôle, à en laisser toujours une ou plusieurs vides, de telle sorte qu'après l'enlèvement de la literie chaque fois renouvelée, on peut les soumettre à une aération simple, mais prolongée ; à un nettoyage minutieux, et même à des fumigations, suivies du blanchiment des murs à la

chaux. Ces dispositions donnent en Angleterre les meilleurs résultats; on essaie aujourd'hui de les appliquer à l'hôpital des Cliniques et à la Maternité, et bien certainement on ne tardera pas à s'apercevoir de leur immense utilité.

Nous avons dit, en étudiant l'étiologie, que l'acclimatement jouait un grand rôle, et que chez les femmes qui avaient séjourné plus de dix jours à l'hôpital avant leur accouchement, la mortalité était beaucoup moins forte; nous avons vu en effet les femmes, habituées au genre de vie de l'hospice de la Maternité, être frappées en moins grand nombre que celles qui arrivaient dans les derniers jours de leur grossesse ou au moment du travail. Il est donc utile que l'on puisse recevoir les femmes enceintes avant la fin de leur grossesse. C'est là un moyen prophylactique des plus feconds en résultats; sa simplicité mérite d'attirer toute l'attention des médecins. Tôt ou tard, les réformes administratives suivront.

Avant tout il faut bien se persuader que les demi-mesures sont complétement inefficaces. Depuis longtemps l'administration des hôpitaux n'a reculé devant aucun sacrifice pour améliorer la salubrité de la Maternité de Paris; tous ses efforts sont restés tristement insuffisants. Pourquoi ne dirais-je pas comment je conçois la distribution d'un hôpital de femmes en couches? Les salles seraient parcourues dans toute leur longueur par des corridors ouverts à tous les vents; dans ces corridors s'ouvriraient des chambres suffisamment larges, bien aérées et *complétement séparées les unes des autres*. Chaque chambre ne recevrait qu'une seule malade.

J'admets qu'il faut quinze jours pour le rétablissement d'une femme dans des couches ordinaires; au bout de ce temps, la chambre où aurait eu lieu un accouchement serait fermée pendant quinze autres jours, pendant lesquels elle se-

rait aérée, ventilée et lavée avec soin ; après quoi elle se trouverait prête de nouveau.

Chaque chambre ne serait ainsi occupée que pendant la moitié d'un mois ; le même lit ne pourrait donc recevoir que 12 femmes dans l'année : de cette façon 50 lits suffiraient cependant pour 600 accouchements.

Quand une femme deviendrait malade elle serait immédiatement transportée dans un pavillon bâti à part, dans lequel serait établie une infirmerie avec un matériel et un personnel particuliers. Le médecin terminerait sa visite par cette infirmerie.

Les femmes enceintes seraient couchées dans des dortoirs convenablement établis dans un troisième bâtiment.

En réunissant toutes ces conditions, avec un hôpital de 100 lits, en tout, on pourrait recevoir 600 femmes, quinze jours au moins avant leur accouchement, et les soigner pendant tout le temps de leurs couches ou de leur maladie.

Malgré toutes les précautions, des épidémies éclateront encore ; on doit cesser alors de recevoir des femmes en couches, mais il ne faut pas transporter celles qui sont déjà malades dans d'autres hôpitaux, car on transporte la maladie avec elles ; c'est ce qui est arrivé dans le fait rapporté par MM. Bidault et Arnoult.

Quand un médecin a fait une autopsie de fièvre puerpérale, il doit éviter de donner des soins immédiats à une femme en couches ; il doit changer de linge et se laver avec un soin particulier et faire usage de liquides désinfectants. Les exemples de M. Depaul montrent qu'on ne saurait, dans ces circonstances, prendre assez de précautions ; je dirai avec M. Danyau : Nul ne pourrait, sans se rendre coupable d'une extrême imprudence et même d'un crime, passer de l'examen d'une femme morte de fièvre puerpérale à la chambre d'une femme en travail ou récemment accouchée.

Dans la pratique civile, dans les classes riches, il est prudent, en temps d'épidémie, d'engager les femmes enceintes à aller accoucher à la campagne, loin de tout foyer épidémique.

Les faits de transmission de la maladie dans une même clientèle sont assez nombreux pour imposer de grandes précautions à un accoucheur : « Je pense qu'il est pour lui du devoir absolu, dès qu'une fièvre puerpérale se montre dans sa clientèle, de redoubler de soins sur sa personne, de changer souvent de vêtements, de faire aérer, ou, suivant le procédé de Busch, de soumettre, s'il le faut, à l'action d'une haute température ceux qu'il vient de quitter, d'employer longuement les désinfectants, dans les cas surtout où ses doigts auraient été en contact avec des sécrétions morbides, de ne pas trop multiplier ses visites, et, pour que rien ne manque pourtant à la malade, de placer à demeure auprès d'elle un élève instruit qui le supplée dans les soins où il pourra être suppléé; qu'il évite d'aller de chez elle immédiatement chez les autres accouchées bien portantes, surtout chez celles qui sont dans leurs premiers jours de couches, enfin, qu'il sache s'arrêter à temps et s'éloigner, si, malgré toutes ces précautions, la maladie venait à s'étendre dans sa clientèle (1). »

L'urgence et la nécessité des mesures prophylactiques sont si bien démontrées, qu'on a fait appel à la thérapeutique, dans l'espérance d'y trouver une indication préventive. M. Piédagnel a cru, dans ces derniers temps, avoir trouvé un traitement qui s'opposerait au développement de la fièvre puerpérale : il administre, chaque jour, aux femmes qui arrivent à la fin de leur grossesse, une petite dose de sulfate de quinine et du sous-carbonate de fer ; les faits qu'il avait observés à l'Hôtel-Dieu lui avaient fait croire que cette médication avait

(1) Danyau, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1858, t. XXIII, p. 562.

une grande importance. Nous avons vu essayer ce traitement préventif à la Maternité, où il a été employé sur une large échelle, et non-seulement il n'a pas empêché le développement de la fièvre puerpérale, mais il a déterminé, dans un assez grand nombre de cas, des troubles assez sérieux, dans l'appareil digestif, pour forcer à suspendre son emploi.

CHAPITRE X.

TRAITEMENT.

Dans presque toutes les maladies générales épidémiques et contagieuses la médication est incertaine et peu efficace. Quand l'organisme a été troublé, perverti dans sa totalité, il est difficile de trouver un agent capable de le ramener à ses conditions physiologiques; aussi tous les traitements ont eu leurs partisans, et ils semblent tous avoir réussi quelquefois. C'est que nous n'avons pas de traitement spécifique à opposer à la fièvre puerpérale, et les succès qu'on obtient dans certain cas dépendent de la forme de la maladie, qui peut être plus ou moins grave. Les émissions sanguines réussissent dans la forme inflammatoire, les évacuants dans la forme bilieuse; il faut toujours tenir grand compte des variétés imprimées à la maladie par le génie épidémique.

§ I. — *Émissions sanguines.*

On sait que dans l'épidémie de 1856, la forme de la maladie n'a pas été inflammatoire; aussi les émissions san-

guines ont mal réussi ; presque toujours elles ont affaibli le pouls et aggravé les accidents généraux ; les émissions sanguines locales, largement appliquées, n'ont pas donné de meilleurs résultats que la saignée, et l'application des sangsues sur l'abdomen n'a eu pour résultat que de faire diminuer l'intensité des douleurs locales au détriment de l'état général.

Quand, au début, le pouls est plein, résistant, ample ; quand la face est colorée, les yeux brillants, les tissus injectés, une petite saignée ou quelques sangsues sur le ventre, quand il est douloureux, arrêtent tous les accidents qui simulent une fièvre puerpérale ; mais il ne faut répandre le sang qu'avec parcimonie et prudence, car lorsque les forces faiblissent après une saignée, il est à peu près impossible de les relever.

Lorsque l'indication de tirer du sang est formelle, c'est dès le début qu'il faut le faire ; c'est une recommandation sur laquelle Burns insiste avec raison ; dans ce cas M. Paul Dubois préfère les sangsues à la saignée.

§ II. — *Évacuants.*

Depuis le succès obtenu par Doulcet, les vomitifs et les purgatifs ont été souvent employés, et ils ont souvent donné de bons résultats ; c'est dans la forme bilieuse surtout que par leur emploi on obtient quelquefois des succès inespérés.

La forme bilieuse n'a pas prédominé dans l'épidémie de 1856, et cependant les évacuants ont paru avoir des résultats avantageux ; administrés au début, ils ont souvent coupé court aux accidents, en provoquant des vomissements nombreux, des selles copieuses, et une sueur abondante. Quand les vomissements sont spontanés, l'administration de la

poudre d'écorce de racine d'ipécacuanha, qui les active d'abord, les a souvent définitivement arrêtés.

Les purgatifs ont une action qui complète celle du vomitif, et souvent ils ont été employés l'un après l'autre.

La plupart de nos malades ont eu un vomitif, quelquefois deux; le plus souvent la poudre d'ipécacuanha et le tartre stibié ont été associés dans la poudre vomitive. Les purtifs salins sont ceux que nous avons le plus souvent employés.

La méthode évacuante a cependant aussi ses inconvénients et ses dangers; il ne faut pas l'appliquer indistinctement, sans besoin, à toutes les nouvelles accouchées. Nous avons quelquefois vu, à la suite des vomitifs et des purgatifs, survenir de la diarrhée qu'on avait peine à arrêter ensuite, et les femmes qui n'étaient qu'indisposées finissaient par tomber dangereusement malades. La diarrhée provoquée m'a souvent paru n'être pas étrangère à cette aggravation, et quand, dans ces cas, on veut revenir de nouveau aux évacuants, les accidents augmentent. Nous croyons donc que M. Beau est allé trop loin en établissant comme précepte qu'il faut administrer à toutes les femmes un éméto-cathartique, dans les premières heures qui suivent l'accouchement.

§ III. — *Mercuriaux.*

L'organisme est si profondément frappé dans la fièvre puerpérale, que les médicaments n'agissent plus ; la réaction qu'ils doivent déterminer ne peut plus avoir lieu; aussi nous n'avons jamais vu survenir de salivation mercurielle, malgré l'emploi du calomel à doses fractionnées, et les onctions mercurielles dont on recouvrait presque toutes les malades. Le calomel détermine à la surface intestinale une sécrétion diarrhéique, l'onguent napolitain amène

à la peau de larges plaques d'hydrargyrie. Hors de cette action locale et topique, l'effet des mercuriaux est nul, du moins c'est ainsi que je l'ai jugé dans ces cas.

§ IV. — *Sulfate de quinine.*

L'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre puerpérale n'est pas nouveau, mais puisque de nos jours on a la plus grande tendance à négliger les faits anciens pour ne s'occuper que de l'expérimentation actuelle, nous n'examinerons que les observations récemment recueillies, et dont les matériaux sont entre nos mains.

Au mois d'avril 1856, pendant l'épidémie qui sévissait à la Maternité, M. Delpech essaya nombre de fois, chez seize malades différentes, l'emploi du sulfate de quinine à haute dose, sans aucun avantage. Un mois plus tard, le 25 mai 1856, M. Beau administrait à son tour le sulfate de quinine, et entre ses mains ce médicament lui parut avoir une utilité telle qu'il annonça à l'Académie que le sulfate de quinine, employé à haute dose (un gramme) avait une grande efficacité dans le traitement de la fièvre puerpérale (1).

On s'étonnera à bon droit de voir la même dose de sulfate de quinine amener des succès à Cochin quand elle avait été inefficace à la Maternité! Aussi M. Beau perfectionna-t-il bientôt sa méthode, et pendant la fin de l'année 1856 le médicament fut plus largement administré; mon ami et collègue le docteur Barbrau, alors interne de M. Beau, avait bien voulu m'indiquer quelle était la méthode de son maître ; il a,

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXI, p. 810.

depuis cette époque, consigné les mêmes faits dans son excellente thèse inaugurale.

M. Beau avait nettement formulé sa médication, et il attachait la plus grande importance à ce qu'elle fût appliquée dans son intégrité : administrer aux malades un évacuant, avant l'emploi du sulfate de quinine qui sera donné, en solution, à la dose de 1g 50 ou 2 gram. dans les 24 heures; la quantité du médicament sera augmentée ensuite ou diminuée suivant les accidents qu'on observera, mais toujours on devra les porter à une dose assez haute pour qu'elle détermine des vertiges, de la surdité ou du délire; ce n'est que lorsqu'il produit ses effets toxiques que le sulfate de quinine est véritablement utile ; l'ivresse quinique doit être entretenue pendant plusieurs jours. La potion, qui contient le sulfate de quinine, devra être prise en trois fois, dans les 24 heures, à intervalles à peu près égaux; il faut bien se garder de fractionner le médicament par petites quantités, son activité serait beaucoup moins grande.

Pendant les mois de septembre et d'octobre, nous avons eu l'occasion de mettre bien souvent en pratique ces préceptes; nous avons religieusement administré le sulfate de quinine avec les précautions indiquées, et j'ai recueilli quatorze observations qui se terminèrent par la mort des malades, malgré l'influence toxique du médicament. La marche de la maladie n'a pas été plus lente que de coutume et la terminaison funeste n'a pas été retardée ; le pouls lui-même, qui, si souvent dans les autres maladies, baisse considérablement sous l'influence du sulfate de quinine, est resté fréquent : les pulsations ont oscillé entre 100 et 160. On trouvera ces observations plus loin.

Quelquefois aussi l'emploi du sulfate de quinine a été suivi de guérison ; mais une fois seulement l'état de la malade avait

été grave. L'on remarquera de plus que toutes ces observations ont été recueillies au déclin de l'épidémie.

A la Maternité, administré de la même façon, le sulfate de quinine est donc loin d'avoir produit les mêmes succès qu'à l'hôpital Cochin ; nous pouvons en conclure que les conditions des malades étaient différentes; après l'examen attentif des observations publiées par M. Barbrau, je me crois autorisé à penser que cette conclusion est légitime.

Dans les épidémies graves, comme dans celles que nous avons observées, la valeur thérapeutique du sulfate de quinine est nulle, ou du moins elle nous a paru telle. Depuis l'année 1856, M. Beau a apporté de nouveaux perfectionnements dans sa méthode, mais les bases fondamentales n'en ont pas été changées.

§ V. — *Moyens divers.*

Différents moyens ont été employés avec les émissions sanguines, les évacuants, les mercuriaux et le sulfate de quinine : des vésicatoires ont été appliqués sur l'abdomen dans l'intention de modérer la péritonite ; des onctions d'onguent napolitain associé à l'extrait de belladone ont été faites sur le ventre et à la face interne des cuisses; leur effet nous a paru douteux.

Dans quelques observations on trouvera consigné l'emploi d'un médicament non encore expérimenté dans la fièvre puerpérale, d'une solution d'acide chromique ou de bichromate de potasse. M. Delpech avait été guidé dans cette tentative par la pensée déjà émise que la fièvre puerpérale était peut-être produite par un ferment morbide, et la similitude de la plupart des ferments l'avait conduit à employer les préparations de chrome qui jouissent au plus haut degré du pri-

vilége d'arrêter certaines fermentations et la putréfaction en particulier. Personne ne sait mieux que M. Delpech, et il me l'avait fait observer à cette époque, quelle distance sépare les faits, même analogues, qui se produisent dans les êtres vivants, de ceux qui se passent dans les matières frappées de mort; mais s'il est permis de chercher, de tenter mille et mille moyens, de se laisser guider par l'analogie, c'est, sans contredit, quand on se trouve en présence d'une effroyable épidémie, et que, pour la combattre, la science vous laisse complétement désarmé.

L'administration des préparations de chrome n'a pas été suivie de succès incontestable; toutefois deux malades, gravement atteintes, ont guéri; mais ce sont deux faits isolés qui ne se sont produits qu'au déclin de l'épidémie. Si l'on veut tenter de nouveau ce moyen, il ne faut employer les solutions d'acide chromique ou de bichromate de potasse qu'avec prudence et à petites doses; en nous conformant à ces règles, nous n'avons jamais vu ces préparations déterminer d'accidents, mais elles causent assez souvent des vomissements qui suivent de près l'ingestion du médicament, et dans le seul cas où la muqueuse de l'estomac nous ait paru enflammée, la malade avait été soumise à cette nouvelle médication.

L'emploi des toniques est indiqué dans le but de relever les forces; on doit alimenter les malades aussitôt qu'on peut le faire sans accident.

Les opiacés à petites ou à hautes doses peuvent calmer les douleurs, atténuer les souffrances, mais ils sont sans influence sur la guérison; on peut rapidement élever les doses d'opium ou de laudanum; les malades les supportent aisément.

Les moyens, dont nous venons de parler, ont été employés soit isolément, soit associés les uns aux autres; on doit favoriser leur action en plaçant les malades dans de bonnes

conditions hygiéniques, en prenant autour d'elles les plus grands soins de propreté; il faut laver les parties génitales avec des décoctions émollientes, faire, surtout quand les lochies sont fétides, des injections vaginales chlorurées. Malgré le danger que peuvent entraîner les injections intra-utérines, MM. Piorry et Hervez de Chégoin n'ont pas hésité à en conseiller l'usage pour débarrasser l'utérus de la sanie qui favorise l'infection putride. Un semblable moyen, dont je ne veux pas contester l'utilité, ne doit être employé qu'avec prudence et n'être confié qu'à des mains expérimentées.

Les escharres de la vulve nécessitent quelques pansements particuliers, souvent même il devient nécessaire de les cautériser pour modifier leur surface, soit pour réprimer l'exubérance des bourgeons charnus, soit pour arrêter les progrès de la gangrène. Je crois inutile d'insister plus longtemps sur ces détails, et de parler du traitement de certaines complications, des phlegmons, par exemple.

Les différentes médications, vantées ou essayées dans le traitement de la fièvre puerpérale, sont très-nombreuses; je n'ai voulu indiquer ici que celles dont j'avais étudié l'emploi à la Maternité de Paris; elles peuvent toutes déterminer la guérison dans les cas légers, peut-être même peuvent-elles être utiles dans les cas graves de la pratique civile; pour mon compte, dans les conditions où j'ai été placé, je n'ai vu que des insuccès; je souhaite que d'autres soient plus heureux; mais autant je suis frappé de découragement pour instituer un traitement curatif, autant j'ai de confiance et de foi dans l'avenir et l'efficacité de la prophylaxie.

CHAPITRE XI.

NATURE.

Sans rien préjuger sur la nature de la maladie à laquelle succombent tant de femmes en couches, sans discuter, attaquer ou défendre ce que chacune des dénominations qu'on lui a données tour à tour peut avoir de défectueux, on me permettra, pour la facilité de la discussion et jusqu'à plus ample informé, de désigner cette affection sous le nom de *fièvre puerpérale.*

Avant d'exposer la manière dont je comprends la nature de la fièvre puerpérale, avant de chercher quelle place elle doit occuper dans le cadre nosologique, je montrerai que cette affection n'est pas un mythe, et que son existence est réelle; car, avant tout, je ne veux pas encourir le reproche d'avoir décrit une maladie imaginaire, en confondant sous un même nom des affections distinctes et parfaitement connues sous d'autres noms.

§ I. — *Les maladies locales peuvent-elles rendre compte de la fièvre puerpérale?*

A. Objections tirées de l'étude clinique. — Les maladies des femmes en couches sont multiples, on ne saurait trop le répéter, et la plus grande faute que puissent commettre les défenseurs de la fièvre puerpérale, c'est de rapporter à son étude les différentes maladies locales qui peuvent survenir chez une nouvelle accouchée. On peut en effet, chez les femmes, après l'accouchement, observer toutes les affections décrites en pathologie, mais elles présentent alors les

mêmes caractères que partout ailleurs ; elles revêtent seulement une gravité plus grande par le fait même de l'état puerpéral ; nous avons observé des métrites, des métro-péritonites, des phlébites avec infection purulente, des pleurésies, développées chez des femmes en couches, et nous leur avons trouvé les mêmes signes distinctifs que chez d'autres malades; et nous n'avons pas confondu la péritonite avec la pleurésie, ou celle-ci avec l'infection purulente. Toutes ces maladies inflammatoires, relativement rares, se distinguent les unes des autres par une marche particulière et des caractères spéciaux.

Il faut nier la pathologie entière, ou bien admettre qu'on peut distinguer, les unes des autres, les maladies qui ont un siége différent ; mais qu'une épidémie de fièvre puerpérale éclate, et les différences qui séparent ordinairement les maladies locales des femmes en couches disparaissent, pour faire place à des symptômes uniformes qui seront suivis de lésions multiples et différentes : au lit d'une pauvre femme, prise naguère de fièvre puerpérale et déjà à l'agonie, les médecins localisateurs seraient fort embarrassés de dire s'il y a du pus dans les veines ou dans le péritoine, dans les lymphatiques ou dans les plèvres, et si les viscères contiennent ou non des abcès métastatiques; l'embarras serait bien autrement grand quand, à l'autopsie, on ne trouve aucune lésion. La péritonite et la pleurésie n'ont jamais présenté d'analogie, et pourtant, je le demande, quelle différence M. Charrier (1) a-t-il vue entre les deux épidémies qu'il a observées, dont l'une était à forme péritonéale, et l'autre à forme pleurétique? Quelle différence y

(1) Loc. cit. *De la fièvre puerpérale, épidémie observée en* 1854 *à la Maternité de Paris*, Paris, 1855.

avait-il entre l'affection morbide des femmes qui mouraient à la Maternité en 1856, chez lesquelles je trouvai constamment une phlébite utérine suppurée, et la maladie de cette malheureuse élève qui succomba sans lésion appréciable dans les différentes parties de l'utérus et de ses annexes? Aucune assurément. Le médecin qui a bien observé la fièvre puerpérale la reconnaîtra facilement, tandis que le praticien qui, en temps ordinaire, ne se trompe pas dans le diagnostic d'une pleurésie aiguë ou d'une péritonite franche, ne les reconnaîtra plus au lit d'une nouvelle accouchée, atteinte de fièvre puerpérale, alors même qu'il y a du pus dans la plèvre ou dans le péritoine.

Qu'on lise une observation de fièvre puerpérale sans lésion appréciable, qu'on étudie la relation de plusieurs épidémies, et qu'on y trouve décrites soit les altérations du péritoine, soit celles des tissus utérins, soit enfin celles des plèvres, on n'en lit pas moins constamment la même histoire. Les mêmes phénomènes cliniques se reproduisent d'une manière stable, les lésions seules changent, varient, s'associent de mille manières différentes; encore trouvons-nous entre elles ce trait de ressemblance, qu'elles consistent toutes en la formation du pus, surtout dans les cavités séreuses, d'autres fois dans les muscles et dans le tissu cellulaire. Cette remarque a une telle importance que M. Voillemier (1) a proposé de substituer le nom de *fièvre pyogénique* à celui de fièvre puerpérale: les cas de mort sans lésion appréciable ont été le seul obstacle qui nous ait empêché d'adopter le nom proposé par M. Voillemier.

Au point de vue clinique, la doctrine de la localisation est

(1) Voillemier, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1839-1840.

frappée d'une impuissance absolue, car elle ne peut prévoir en aucune façon dans quels organes on trouvera des altérations, ni montrer des symptômes différents pour des lésions distinctes. Voyons maintenant si cette doctrine sera plus heureuse dans les recherches nécroscopiques.

B. Objections tirées des recherches cadavériques. — L'examen des cadavres, qui donne de si grands démentis à nos prévisions, a cet immense avantage qu'il aplanit ordinairement les difficultés, détruit le doute et décide les questions embarrassantes; pour la fièvre puerpérale, les lumières de l'anatomie pathologique n'ont cependant fait qu'amener la divergence des opinions, et c'est à l'amphithéâtre que sont nées les différentes théories qui règnent aujourd'hui. En présence du même cadavre, après la même autopsie, la mort aura été causée, pour M. Béhier, par la phlébite utérine, MM. Beau, Jacquemier, Velpeau, Cazeaux l'attribueront à la péritonite, et tous les accidents auront été déterminés, pour MM. Hervez de Chégoin et Dumontpallier, par l'infection putride, dont la source aura été à la face interne de l'utérus. La présence du pus dans les veines, dans le péritoine, la putrescence de l'utérus corroborent en quelque sorte chacune de ces manières d'apprécier la maladie. Comment oser prendre parti et se rendre juge entre des maîtres dont l'opinion fait également autorité? L'occasion serait belle assurément si je n'avais d'autre but que celui de faire une critique.

Si l'on ne veut admettre que des maladies locales, on ne trouvera qu'impuissance dans l'étude des faits cliniques et dissidence dans les recherches cadavériques : la doctrine de la localisation tombe d'ailleurs à néant devant les observations de fièvre puerpérale sans lésion appréciable; leur importance est telle qu'on les récuse comme on a récusé la possibilité du développement de la fièvre puerpérale chez les jeunes filles,

chez les fœtus et les enfants nouveau-nés. J'aurais volontiers fait l'abandon de ces faits, si, en relisant quelques auteurs, je n'avais vu que ces observations de fièvre puerpérale sans lésion appréciable ne sont pas aussi rares qu'on se plaît à le répéter. M. Depaul en a vu un assez grand nombre (1); M. Tardieu (2) a recueilli une observation dans laquelle la femme eut des vomissements et de la douleur de ventre, et il dit : « A l'autopsie on ne trouve rien, absolument rien ; *tous les organes sont sains* et offrent seulement la trace de l'anémie qui existait avant l'accouchement. » MM. Tessier (3), Bourdon (4), Lasserre (5), Bouchut (6), Voillemier (7), ont vu des faits semblables ; Tonnellé lui-même, à qui on ne refusera pas d'avoir su chercher le pus dans l'utérus, rapporte sous le nom de fièvres typhoïdes deux exemples semblables ; il suffit de lire ces observations pour se convaincre qu'il s'agit bien de fièvre puerpérale. Voici comment cet auteur décrit l'une de ces autopsies : « Le cadavre offrait déjà un commencement de décomposition ; nous trouvâmes les grandes lèvres converties en une eschare épaisse et profonde, l'utérus volumineux, son tissu flasque, mais parfaitement sain, ainsi que ses vaisseaux qui furent disséqués avec grand soin, sa surface interne recouverte d'un sang brun, partie liquide, partie coagulé ; l'estomac et l'intestin parfaitement blancs, sans aucune altération de consistance ni d'épaisseur,

(1) Depaul, *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIII. p. 395.

(2) Tardieu, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, décembre 1841, p. 233.

(3) Tessier, *De la diathèse purulente*. *L'Expérience*, 1838, p. 312.

(4) Bourdon, *Notice sur la fièvre puerpérale*. *Revue médicale*, 1838, t. II,

(5) Lasserre, *Thèse de Paris*, 1842, n° 269, p. 34.

(6) Bouchut, *Études sur la fièvre puerpérale*. *Gazette médicale*, 1844. p. 90.

(7) Voillemier, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, janvier 1840, p. 3.

les plaques de Peyer à peine appréciables, les poumons engoués, le cœur mou et comme flétri; les cavités remplies d'un sang fluide; la substance cérébrale très-molle et d'une pâleur remarquable. Les autres organes étaient dans l'état naturel (1). »

Enfin M. Lorain a vu chez les enfants, pendant une épidémie, de nombreux cas de mort sans autre altération que celle du sang: « Dans plusieurs observations de péritonite rapportées dans ce Mémoire, on peut voir qu'il y avait des signes d'altération du sang, de putridité, si je puis m'exprimer ainsi. Or, dans le même moment, je voyais succomber des enfants très-peu de temps après leur naissance, comme sidérés, avec tuméfaction du ventre, teinte jaune de la peau, pétéchies, et, avant la mort, des stries violettes, une teinte lie de vin annonçaient une putréfaction anticipée. Je trouvai chez ces enfants une suffusion séro-sanguine dans toutes les cavités séreuses et dans les bronches, et un ramollissement tel du cerveau que cet organe ressemblait à de la mie de pain trempée dans du vin. Ces faits m'ont frappé, mais sont restés pour moi sans solution; je les constate avec le regret de n'être pas assez instruit pour pouvoir en faire connaître le véritable caractère. Les mères de plusieurs de ces enfants furent atteintes de la fièvre puerpérale. »

« Comment prouver qu'il y avait altération du sang chez ces enfants? Quel nom donner à leur maladie? C'est un problème que je ne résous point (2). »

Il est impossible de plaider plus éloquemment la cause que nous défendons, et si M. Lorain ne l'a point dit, on ne peut douter qu'il n'ait songé à la fièvre puerpérale sans autre lésion

(1) Tonnellé, *Des fièvres puerpérales observées à la Maternité de Paris.* Archives générales de médecine, t. XXII, p. 471. — 1830.

(2) Lorain, *loc. cit.*

appréciable que celle du sang. Ces observations montrent chez le fœtus ce que d'autres médecins ont vu chez les nouvelles accouchées, ainsi que j'en avais consigné trois observations dans ma thèse inaugurale.

Qu'on ne croie pas qu'il y ait une transition brusque entre les faits dans lesquels on trouve du pus, et ceux dans lesquels il n'y a qu'une altération du sang : on observe entre eux des gradations sensibles, des caractères intermédiaires qui permettent de les réunir. C'est ainsi que souvent, dans une autopsie, avec des traces à peine visibles de suppuration, on rencontre des épanchements sanguinolents, exactement comme dans les cas de fièvre puerpérale sans autre lésion que celle du sang.

Dans cet exposé, en nous fondant sur l'uniformité des symptômes de la fièvre puerpérale, qu'il y ait ou non des lésions, que celles-ci existent dans tel ou tel organe, nous avons eu jusqu'ici pour but de faire ressortir l'insuffisance et les contradictions de la localisation ; ce que nous venons d'esquisser sera rendu plus évident par l'examen successif des différentes maladies par lesquelles on a cherché à expliquer la fièvre puerpérale.

C. Valeur de la métro-péritonite en particulier. — De toutes les lésions qu'on rencontre à l'autopsie, la péritonite est la plus fréquente ; je ne l'ai jamais vue manquer à la Maternité, en 1856 ; si j'étais partisan des maladies locales, c'est donc à la péritonite que je rapporterais tous les accidents. Pour soutenir cette opinion, il faut faire abstraction des cas dans lesquels il n'y a pas de lésion appréciable ; aussi M. Velpeau, qui a observé trois faits de ce genre, a été obligé, pour donner gain de cause à la péritonite, de mettre en doute son expérience personnelle (1).

L'inflammation du péritoine présente sur le cadavre des

(1) Velpeau, *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIII, 1858, p. 751.

degrés si divers, parfois des traces si fugaces que, pour y trouver la cause de la mort, M. Cazeaux a invoqué l'appauvrissement du sang (1), et qu'il a fallu à M. Beau le secours d'une diathèse particulière (2) ; si cette diathèse inflammatoire existait, ce ne serait qu'en tremblant qu'on donnerait des soins aux femmes en couches, elles seraient toutes exposées à une inflammation imminente, et, grâce au ciel, le danger n'est pas aussi prochain. La péritonite puerpérale, quand elle existe, présente des caractères un peu différents de ceux des péritonites franches : « Tandis que l'inflammation franche des séreuses amène l'accollement des viscères, qui sont alors non-seulement agglutinés, mais véritablement réunis par des pseudo-membranes, rien de pareil n'a lieu dans les inflammations consécutives à la fièvre ; ici la sérosité et le pus remplacent la lymphe plastique (3). » Cette différence qui, pour MM. Beau et Cazeaux, tient à une diathèse ou à l'appauvrissement du sang, dépend pour nous de la maladie générale qui gouverne l'inflammation de la séreuse. Ne voit-on pas des inflammations qui portent avec elles le cachet de leur origine ? L'iritis syphilitique est, sans contredit, l'inflammation de l'une des parties constituantes de l'œil, et pourtant cette phlogose locale n'est que l'un des phénomènes d'une maladie générale, de la syphilis.

Que diront les défenseurs de la péritonite, quand on leur montrera des fièvres puerpérales sans lésion, ou dans lesquelles l'inflammation a porté sur les plèvres, par exemple, en laissant le péritoine intact ? Dira-t-on que les malades ont succombé à une pleurésie, comme elles succombent d'autres

(1) Cazeaux, *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIII, p. 595 et suivantes.

(2) Beau, *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIII, p. 430.

(3) Texte, p. 15.

fois à une péritonite? Mais nous avons montré que la maladie des femmes en couches reste la même, qu'on trouve ou non des lésions, qu'on observe les traces, soit d'une péritonite, soit d'une pleurésie. On peut, d'ailleurs, à ce sujet, consulter la thèse de M. Charrier (1).

Le fait de l'apparition d'une maladie par épidémie tend à prouver que cette maladie est générale; les affections locales peuvent, en effet, recevoir tel ou tel caractère de la constitution médicale, mais elles n'apparaissent point par épidémie. En dehors de la fièvre puerpérale, qu'il faut laisser ici de côté, la péritonite se développe-t-elle par épidémie? Je n'en connais pas d'exemple.

La péritonite ordinaire a-t-elle jamais été contagieuse? M. Jacquemier disait, il y a peu de temps (2), que, si la contagion était démontrée dans la fièvre puerpérale, ce serait presque une preuve de l'essentialité de la maladie. Aujourd'hui il est à peu près admis par tous que la fièvre puerpérale est contagieuse, et je me sers de cet argument contre la péritonite. MM. Cazeaux et Beau ont, il est vrai, voulu montrer que les maladies locales inflammatoires pouvaient se développer par contagion, et ils ont invoqué les faits de l'ophthalmie purulente; ils auraient pu invoquer aussi ceux de la blennorrhagie; mais, qu'on y prenne garde, dans tous ces cas de transmission de maladies inflammatoires, le véhicule de la contagion, miasmes, vapeurs ou pus, passe directement de l'organe malade à l'organe sain qu'il va contaminer; il y a, pour ainsi dire, inoculation locale. Par quel mécanisme la péritonite se transmettrait-elle par contagion? Le péritoine est à l'abri d'une contamination directe, il faut que le poison

(1) *De la fièvre puerpérale observée en* 1854 *à la Maternité de Paris*, Paris, 1855.

(2) *Gazette hebdomadaire*, décembre 1857.

pénètre d'abord dans la masse du sang et qu'il y circule ; admettre que la péritonite est contagieuse, c'est admettre qu'elle est due à un empoisonnement.

On ne voit nulle part des épidémies de péritonite; on ne voit nulle part des péritonites contagieuses ; et, comme ces deux qualités se trouvent dans la fièvre puerpérale, il faut bien avouer qu'elle est due à autre chose qu'à une simple inflammation de la séreuse abdominale.

Certaines remarques cliniques qu'il est impossible d'analyser ont aussi leur valeur, et, d'après l'impression qui m'est restée de l'examen des malades, je n'hésiterais pas à croire que la fièvre puerpérale est une maladie générale, quand bien même la péritonite en serait l'unique et constante altération palpable; ma conviction est autrement inébranlable quand, dans la même maladie, je puis trouver des lésions variables, et que la mort survient parfois sans lésion appréciable.

D. Valeur de la phlébite, de l'angioleucite, de l'infection purulente. — La phlébite utérine n'est pas plus constante que la péritonite; elle peut exister seule, d'autres fois l'angioleucite l'accompagne ou la remplace. L'inflammation des vaisseaux veineux ou lymphatiques n'amène pas directement la mort, mais elle engendre l'infection purulente, qui le plus souvent est mortelle.

Notre première observation montre un cas de mort sans phlébite utérine, et la malade n'en mourut pas moins de la maladie des nouvelles accouchées; on ne peut invoquer ici l'action de la phlébite utérine, il en est de même des cas où le fœtus succombe dans le sein de sa mère, et de ceux dans lesquels les enfants nouveau-nés meurent sans présenter de phlébite ombilicale, lésion qui chez eux remplacerait la phlébite utérine. Il n'y a qu'à ouvrir la thèse de M. Lorain pour trouver des faits de fièvre puerpérale sans inflammation des veines.

Tout le monde convient que le danger de la phlébite dépend de l'infection purulente qui la suit : or la fièvre puerpérale n'a jamais ressemblé à l'infection purulente ; nous l'avons déjà fait voir, page 56, nous pouvons maintenant appuyer notre opinion sur le témoignage irrécusable de M. Velpeau, qui a nettement formulé son opinion dans la séance de l'Académie de médecine du 25 mai 1858.

Nous avons vu, en étudiant le début de la fièvre puerpérale, que c'est à partir du moment de l'accouchement jusqu'à la fin du troisième jour, que commence presque toujours cette maladie ; l'infection purulente ne naît, au contraire, que plusieurs jours après une opération ; il faut se le rappeler, si l'on veut à toute force comparer l'accouchement au traumatisme, et l'on y trouvera une nouvelle preuve de la distinction qu'il faut établir entre la fièvre puerpérale et l'infection purulente. Nous dirons enfin que, si l'infection purulente était la cause ordinaire de la mort des nouvelles accouchées, on devrait le plus souvent trouver des abcès métastatiques, et que ce n'est qu'exceptionnellement que tous les observateurs les ont mentionnés.

E. Valeur de l'infection putride. — Je n'ai qu'à répéter pour l'infection putride ce que j'ai déjà dit pour l'infection purulente : chez les femmes enceintes, chez les élèves sages-femmes, chez les fœtus, chez un grand nombre d'enfants nouveau-nés, le développement de l'infection putride est impossible, puisqu'il n'y a pas de foyer qui puisse y donner lieu.

Les blessés dans certaines circonstances, les femmes en couches après la rétention du placenta, meurent quelquefois d'infection putride ; mais alors cette maladie ne ressemble en rien à la fièvre puerpérale. On n'a qu'à ouvrir un livre de chirurgie pour s'en convaincre ; nous l'avons fait voir, page 55, en traitant du diagnostic ; nous n'y reviendrons pas ici.

M. Dumontpallier, qui a si bien défendu la cause de l'infection putride, ne nie point la fièvre puerpérale ; mais dans ses observations, qui ne présentent aucune différence avec des observations de fièvre puerpérale, il a attribué la mort à une infection particulière, qu'il désigne sous le nom d'infection putride *aiguë*. Pourquoi, sans preuve directe, compliquer ainsi la question, en créant deux espèces d'infection putride? Pourquoi admettre tantôt l'infection putride aiguë, sans doute quand l'utérus contient de la sanie, et tantôt l'existence de la fièvre puerpérale, dans les faits dans lesquels l'infection putride est impossible par l'éloignement de toutes les causes qui peuvent l'engendrer ?

M. J. Guérin (1), en fondant sur l'origine de la fièvre puerpérale une théorie qui repose sur le développement de l'utérus, ou plutôt sur son défaut de rétraction, après l'accouchement, et la putréfaction des caillots contenus dans sa cavité par l'arrivée et le mélange de l'air, n'a pas fait autre chose que de rajeunir la théorie de l'infection putride. Les faits allégués par M. Guérin sont connus depuis longtemps. Je puis citer à ce sujet un passage qui ne laisse aucun doute, et qu'on pourrait croire sorti de la plume même de M. Guérin : « Souvent, après l'accouchement, l'utérus frappé d'i-« nertie ne revient pas complétement sur lui-même. Cette « condition fâcheuse, qui est souvent la cause de métror-« rhagie, peut aussi, suivant M. Récamier, permettre à l'air « de pénétrer dans l'intérieur de la matrice, surtout quand « on y pratique des manœuvres quelquefois inconsidérées, et « avoir une influence très-grande sur la production de cer-« taines fièvres puerpérales.

(1) J. Guérin, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1858, t. XXIII, p. 770.

« On conçoit, en effet, que l'action de l'air sur les matières « organiques contenues dans la cavité utérine puisse leur « faire contracter des propriétés délétères; que ces matières « plus ou moins putréfiées, en contact avec les sinus béants, « soient absorbées, et qu'elles aillent infecter toute l'écono- « mie (1). »

Aucun accoucheur n'a jamais nié la possibilité de l'infection putride chez une nouvelle accouchée; ce que je nie, c'est l'identité de la fièvre puerpérale et de l'infection putride, je me suis arrêté suffisamment sur cette question pour ne pas avoir à y revenir.

F. Identité de la fièvre puerpérale chez les différents sujets qu'elle atteint. — Je prévois qu'on objectera à l'argumentation à laquelle je me suis livré, qu'elle repose en partie sur l'identité de la maladie chez les femmes en couches d'une part, et chez les femmes enceintes, les jeunes filles, les fœtus et les enfants nouveau-nés d'autre part, et que cette identité n'est pas prouvée. L'extension de la fièvre puerpérale à ces différents sujets me paraît cependant incontestable, si l'on a bien voulu lire ce Mémoire en entier, car c'est *à la même époque*, et *seulement à la même époque*, pendant *les mêmes épidémies*, qu'on observe cette extension. Peut-on voir des maladies différentes dans une affection qui naît sous *la même influence*, qui présente exactement *les mêmes symptômes*, *la même marche* et *la même gravité?* Qu'on me montre les différences et je suis prêt à déclarer que l'affection à laquelle succombent les enfants nouveau-nés ne ressemble en rien à celle des femmes en couches, et que les élèves sages-femmes dont nous avons rapporté les observations sont mortes de toute autre maladie.

(1) Bourdon, *Notice sur la fièvre puerpérale. Revue médicale*, 1841, t. II, p. 351 et 352.

Quelles que soient les lésions de la fièvre puerpérale, qu'elles soient palpables ou qu'elles fassent défaut, l'allure de la maladie n'en reste pas moins la même avec les mêmes symptômes fondamentaux, non-seulement chez telle ou telle malade, mais dans toutes les épidémies décrites, de telle sorte qu'un médecin expérimenté la reconnaîtra toujours malgré ses formes ou ses variations. Dans la variole, les pustules offrent des formes différentes, un siége différent; tantôt toute la peau en est recouverte, tantôt elle en présente un si petit nombre qu'on a pu décrire des varioles sans éruption; quelquefois les malades succombent avant l'apparition de l'éruption. Toutes ces variétés sont cependant groupées avec raison dans la description de la même maladie; nous demandons qu'on fasse pour la fièvre puerpérale ce que tout le monde fait pour la variole. Rien n'est identique dans la nature, il faut tenir compte des ressemblances ou renoncer à toute classification.

Nous espérons avoir démontré que les maladies locales sont impuissantes à rendre compte de la maladie que nous avons décrite. Nous sommes donc conduit, par exclusion, à dire que *la fièvre puerpérale est une maladie générale*, nous en avons d'ailleurs trouvé des preuves directes dans les caractères suivants : persistance des mêmes symptômes fondamentaux malgré la diversité des altérations cadavériques; altération du sang; cas de mort sans lésion appréciable; nature épidémique et contagieuse de la maladie.

§ II. — *Des maladies générales auxquelles on a assimilé la fièvre puerpérale.*

De nouvelles objections se dressent ici devant la doctrine de l'essentialité, car si l'on accepte que la fièvre puerpérale

est une maladie générale, on nous oppose qu'elle ne diffère en rien d'autres maladies générales telles que le typhus et la fièvre traumatique. Examinons ces deux nouvelles hypothèses.

A. Typhus. — Pour quelques médecins, l'apparition de ce que nous appelons la fièvre puerpérale ne serait due qu'au développement du typhus qui naîtrait chez les femmes en couches comme il peut naître chez d'autres malades, et sa production serait plus que suffisante pour expliquer la similitude, l'uniformité et la gravité des symptômes, chez des nouvelles accouchées atteintes de phlegmasies différentes, et les cas de mort sans lésion appréciable trouveraient une explication toute naturelle.

Heureusement le typhus est une maladie rare en France; il ne s'observe guère que dans le cas d'agglomération d'hommes sains ou malades, surtout quand ils sont placés dans de mauvaises conditions hygiéniques; le typhus n'est point épidémique comme la fièvre puerpérale, et il ne se développe pas spontanément, comme elle, dans les villages les plus isolés.

Dans toutes les épidémies de fièvre puerpérale, dont nous avons de si nombreuses relations, et qui sont si meurtrières pour les femmes en couches, les observateurs n'ont pas mentionné le développement simultané du typhus, qui atteint tous les âges et tous les sexes, et nulle part la mortalité ne s'étend aux hommes qui vivent en contact continuel avec les femmes malades.

Le typhus est, avant tout, infectieux; la fièvre puerpérale est, avant tout, épidémique. Le typhus frappe tous les sexes; la fièvre puerpérale ne se montre jamais chez les hommes, car, malgré quelques assertions, peu précises il est vrai, aucune preuve n'en a été produite. Cette oppo-

sition suffit pour faire rejeter l'identité du typhus et de la fièvre puerpérale.

Faut-il admettre que le typhus et la fièvre typhoïde ne sont qu'une seule et même maladie? Je dirai alors que jamais nous n'avons vu les symptômes de la fièvre typhoïde chez nos malades de la Maternité, et que jamais nous n'avons trouvé à l'autopsie les altérations caractéristiques de cette affection.

B. Fièvre traumatique. — La comparaison si souvent établie entre un blessé et une nouvelle accouchée, a fait comparer les accidents puerpéraux aux accidents des plaies, et pour simplifier le langage, on a dit que les femmes en couches mouraient de *fièvre traumatique*. J'ai cerché en vain dans nos auteurs classiques, dans le *Dictionnaire en* 30 *vol.*, dans le *Compendium de chirurgie*, dans le *Traité de pathologie externe* de M. le professeur Nélaton, quel était le sens précis de cette expression; j'ai trouvé la description des accidents des plaies, mais je n'ai pas trouvé la description de la fièvre traumatique, et je me demande aujourd'hui quelle a été, au juste, l'idée des médecins qui ont employé cette expression; j'aurais peur, en l'employant après eux, de mal rendre leur pensée.

Le plus grand nombre des blessés présentent après le traumatisme une période de réaction pendant laquelle la fièvre s'allume; quand une cause déprimante quelconque a épuisé les forces, le retour à l'équilibre physiologique est précédé de fièvre: une fatigue excessive, pour prendre le cas le plus simple, est suivie de réaction fébrile; qu'un homme fasse une chute et se fracture un membre, cet ébranlement traumatique sera suivi de fièvre. Cette fièvre traumatique n'a rien de grave, elle cesse presque toujours après un jour ou deux, et je ne vois rien qui autorise sa comparaison avec la fièvre puerpérale.

D'autres fois, dans une plaie simple mais étendue, l'inflammation nécessaire à la cicatrisation s'accompagne de fièvre, qu'on peut désigner encore, si l'on veut, sous le nom de *fièvre traumatique.* Celle-ci n'est pas plus grave que dans l'espèce précédente, et de plus elle ne s'observe pas chez les nouvelles accouchées : le pouls baisse après l'accouchement, il tombe souvent à 50 ; c'est une grande erreur de penser que les nouvelles accouchées doivent avoir une fièvre nécessaire à la cicatrisation de la plaie placentaire ; quand la fièvre s'allume après l'accouchement, elle indique toujours un état pathologique sans relation avec la plaie placentaire normale.

Enfin, dans quelques cas, les plaies présentent diverses complications : on les voit devenir le point de départ de phlegmons, de phlébite, d'angioleucite, d'infection purulente, d'infection putride... etc.; ces accidents sont accompagnés de fièvre, et je me demande si c'est à cette fièvre qu'on doit appliquer l'épithète de *traumatique.* Mais alors nous avons examiné quelle était sa valeur en étudiant les accidents inflammatoires des femmes en couches, tels que la métro-péritonite, la phlébite, l'angioleucite, l'infection purulente et l'infection putride chez les nouvelles accouchées, et nous avons vu que ces accidents étaient distincts de la fièvre puerpérale.

Je ne saisis pas bien le sens exact qu'on peut attacher au mot de *fièvre traumatique*, mais de quelque façon qu'on l'examine, on trouve toujours qu'elle ne ressemble pas à la fièvre puerpérale. Il faut donc rayer, dans cette discussion, cette expression de *fièvre traumatique*, sous peine d'obscurcir, sans avantage, la valeur que l'on doit attacher aux mots habituellement employés.

Nous venons de passer en revue les maladies locales et les maladies générales par lesquelles on a tour à tour essayé d'expliquer les différents états morbides qui suivent l'accouche-

ment, et nous croyons avoir démontré qu'ils étaient tous, séparément ou collectivement, impuissants à rendre compte de cette maladie si fréquente, que nous avons décrite, après tant d'autres, sous le nom de *fièvre puerpérale.* L'existence d'une maladie *générale*, particulière, ne nous paraît donc pas douteuse. Nous allons exposer maintenant la manière dont nous comprenons cette maladie.

§ III. — *Nature de la fièvre puerpérale au point de vue de l'école de la Maternité.*

A Paris, dans toute la discussion de l'Académie de médecine, que nous avons si souvent mentionnée, on n'a pas entendu une seule voix s'élever pour dire que la fièvre puerpérale était indépendante des lésions. La doctrine de l'organicisme a donc été partout acceptée ; mais, pour que son règne soit durable, cette doctrine doit tenir compte, non-seulement de tous les organes, mais encore de tous les liquides, et surtout de l'ensemble des parties organisées qui constituent le corps.

L'organicisme fait dépendre la maladie de l'altération, ou d'un organe, ou du corps entier ; mais il faut distinguer avec soin ces deux termes : *maladie organique* d'une part, *maladie locale* de l'autre. Toutes les maladies générales sont organiques, en ce sens qu'elles sont liées à une modification matérielle de tout notre organisme ; mais il faut se garder de les confondre avec une affection locale, tel que l'est, par exemple, un orgelet.

En disant que la fièvre puerpérale est une maladie générale, nous ne touchons en rien à l'intégrité des doctrines de l'organicisme ; les localisateurs seuls ont le droit de nous attaquer.

Laissons de côté le nom de fièvre *essentielle*, qui peut obscurcir la pensée, et disons que la fièvre puerpérale est une

maladie générale, *totius substantiæ*, dépendant de lésions particulières; qu'elle tient primitivement à une altération du sang ; qu'une fois développée elle peut retentir localement sur différents organes et y déterminer des lésions secondaires.

La fièvre puerpérale n'est pas une fièvre essentielle, en ce sens qu'elle n'existe pas *sponte sua;* elle tient aux modifications du sang et à la réaction qui en est la conséquence. Si nous connaissions mieux, plus intimement, ces modifications primitives des liquides, nous abandonnerions le nom de fièvre puerpérale, pour en prendre un qui peindrait plus exactement ces altérations.

Cette manière de comprendre la fièvre puerpérale est, je crois, celle de toute l'école de la Maternité ; le doute que peut faire naître l'expression de *fièvre essentielle* ou d'*altération primitive du sang*, disparaît quand on examine les explications données par chaque auteur; nous citerons quelques passages qui lèveront tous les doutes.

M. P. Dubois : « Les pathologistes modernes n'entendent plus par fièvre essentielle une maladie qui consisterait dans une simple perturbation de la vie, une altération du principe vital. Que quelque partie solide ou liquide soit altérée dans les maladies qu'on désigne sous le nom de *fièvres*, c'est un fait qui n'est plus douteux pour personne. Mais cette partie, cette altération, quelles sont-elles (1) ? »

« La doctrine de l'essentialité suppose l'intervention d'une cause générale, inconnue encore dans son essence, et dont l'un des premiers effets, sans doute, serait une altération des liquides et surtout du sang (2). »

M. Danyau : « La fièvre puerpérale est une maladie d'ori-

(1) P. Dubois, art. *Fièvre puerpérale. — Dictionnaire de médecine*, en 30 vol., p. 336.

(2) P. Dubois, *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIII, 1858, p. 504.

gine miasmatique, dont le miasme générateur pénètre dans le sang, l'empoisonne et le rend apte à la production, le plus souvent très-rapide, de localisations inflammatoires très-variées, surtout dans les organes dont la vitalité a été exaltée par la grossesse et l'accouchement (1). »

M. Depaul : « Quant à moi, qui suis intimement convaincu de la nature essentielle de la maladie, et qui accepte sans réserve l'opinion de ceux qui la font consister surtout dans une altération primitive du sang, j'aimerais mieux voir adopter la dénomination de *typhus puerpéral* ou de *septicémie puerpérale* (2). »

M. Charrier : « Mais, en admettant que la fièvre puerpérale est une fièvre, nous n'entendons pas dire qu'il y a absence de lésions, comme on l'entendait dans l'ancienne école pour les fièvres essentielles. Nous n'en faisons pas une maladie *sine materia;* mais les symptômes généraux, dans un grand nombre de cas, étaient les premiers à apparaître ; les symptômes locaux ne venaient qu'ensuite, et souvent aussi la gravité des symptômes était si grande, si foudroyante, que les lésions n'avaient pas le temps de se produire. Ceci est une preuve bien convaincante de l'altération primitive des liquides de l'économie avant toute lésion locale (3). »

J'ai moi-même exprimé la même opinion en disant : Nous conserverons le nom de fièvre puerpérale, bien que nous eussions mieux aimé le nom de septicémie puerpérale, qui eût mieux montré que nous regardons cette maladie comme produite par un empoisonnement avec modification du sang (4).

L'opinion des membres de cette école, qu'on appelle l'École

(1) Danyau, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1858, p. 549.
(2) Depaul, *ibid.*, p. 390.
(3) Charrier, *Thèse inaugurale*, 1855, p. 17.
(4) *Thèse inaugurale*, 1857, p. 47.

de la Maternité, est adoptée par le plus grand nombre des médecins. Je me contenterai de citer un passage des plus courts et des plus complets en même temps, je l'extrais du travail de M. Tardieu :

« C'est l'état puerpéral qui rend compte de la généralité « des faits et de leurs liens communs, car il agit à la manière « de ces grands empoisonnements morbides qui président au « développement des typhus de tous les pays, des fièvres intermittentes et éruptives, et qui sont d'autant plus intéres« sants à étudier aujourd'hui qu'ils forment la liaison entre « l'altération des solides et la pathologie humorale (1). »

La fièvre puerpérale est due pour nous à un empoisonnement, à un ferment morbide qui peut naître spontanément dans l'organisme, sous l'influence de certaines conditions qui restent ignorées ; qui d'autres fois s'y forme ou y pénètre par le fait d'une cause particulière que nous appelons le génie épidémique; qui d'autres fois enfin se transmet d'une femme à une autre par les différents modes de la contagion.

Que le ferment morbide soit créé par notre organisme, ou qu'il y pénètre par le fait de l'épidémie ou de la contagion, peu importe : une fois mélangé au sang, aux humeurs du corps, il se répand dans tous nos organes, et la fièvre puerpérale éclate. Quand l'empoisonnement a été aussi intense que possible, les malades succombent en quelques heures, comme foudroyées, et l'autopsie ne constate aucune lésion ; d'autres fois la maladie dure plus longtemps, et cependant les recherches faites sur le cadavre restent encore infructueuses. Tantôt les altérations manquent complétement, tantôt leur développement est incomplet : chez telle malade, c'est une inflammation du bas-ventre qu'on observe, chez telle autre,

(1) Ambroise Tardieu, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, décembre 1841, p. 234.

c'est une pleurésie; ici la poitrine et les plèvres sont saines, tandis que les veines de l'utérus sont gorgées de pus ; là on ne trouve du liquide purulent que dans quelques lymphatiques. Une telle mobilité dans leur siége ne nous permet pas d'accorder une valeur primordiale à ces altérations; nous ne les considérons que comme des manifestations possibles de la fièvre puerpérale; leur nature, leur siége, leur étendue, dépendent ou de l'idiosyncrasie de la malade, ou du génie épidémique, ou de la constitution médicale.

On trouve quelquefois du pus dans les veines, les lymphatiques, le tissu utérin, le péritoine, les plèvres, le péricarde, les articulations, les muscles, le tissu cellulaire, et jusque dans le derme : faut-il admettre autant de maladies différentes que de siéges différents de la suppuration? Assurément non, et personne ne le fait; aussi dans cette doctrine localisatrice, M. Piorry seul a été logique, car, on le sait, il n'admet aucune maladie ; il voit autant d'états organo-pathiques que de lésions (1).

En cherchant à comprendre la manière dont le poison peut pénétrer dans l'organisme et circuler dans le sang, nous n'avons pas fait un tableau de fantaisie, en dehors des règles de la pathologie; le même phénomène, les mêmes faits se produisent dans la variole, à laquelle j'ai déjà comparé la fièvre puerpérale.

Comparaison avec la pneumonie épizootique. — Je comparerai encore la fièvre puerpérale à la pneumonie épizootique, si l'on veut me permettre de faire appel aux sciences vétérinaires. Ici les phénomènes locaux, inflammatoires, sont des premiers à apparaître, avec quelques autres sur lesquels je n'ai pas à attirer l'attention. La maladie aug-

(1) Piorry, *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, t. XXIII, 1858, p. 460.

mente, fait des progrès, et finit presque toujours par tuer l'animal. A l'autopsie, on trouve constamment les mêmes lésions : une altération particulière des poumons et une modification du sang, qu'on voit aussi clairement, mais qu'il n'est pas plus possible de décrire que dans la fièvre puerpérale ; il est pourtant important de faire remarquer que la quantité de fibrine y est augmentée.

Chose remarquable, et qui frappera tout le monde par l'analogie qu'elle présente avec ce que nous savons de la fièvre puerpérale, les veaux contenus dans l'utérus, quand on abat les vaches, présentent les mêmes lésions pulmonaires que leurs mères, de même que les fœtus humains présentent les lésions de la fièvre puerpérale ; enfin, pour rendre la comparaison plus parfaite, les veaux qui viennent de naître sont sujets, comme les vaches, à périr de pneumonie épizootique, de même que les enfants nouveau-nés périssent de fièvre puerpérale.

1° Sur dix poumons de fœtus provenant d'avortements de vaches atteintes de phthisie péripneumonite, *huit* présentaient dans plusieurs parties, soit d'un seul, soit des deux poumons, des lobules pulmonaires rougeâtres, durs, se déchirant facilement et constituant déjà de véritables pneumonies lobulaires à l'état sous-aigu.

2° Sur dix-sept poumons de fœtus provenant de bêtes sacrifiées, atteintes de la phthisie péripneumonite incurable, et dont les poumons étaient hépatisés, gris, blancs et tuberculeux, *douze* avaient des pneumonies lobulaires présentant tous les caractères d'une phlegmasie sous-aiguë ; deux seulement offraient quelques points blanchâtres, lenticulaires, durs, non enkystés, que j'ai pris pour des tubercules naissants.

En 1839, on tua, par ordre de l'autorité, dans le canton de Fribourg (Suisse), une vache pleine de six mois et atteinte

de la péripneumonie ; les poumons du fœtus commençaient déjà à s'altérer (1).

Ces faits, réunis à ceux de M. Hilfelhelseim, suffisent-ils pour prouver que la péripneumonie peut être transmise de la mère au fœtus qu'elle porte dans la matrice ? Je le pense.

3° Sur vingt-cinq veaux âgés de quinze jours à deux mois, provenant de vaches atteintes de pleuro-pneumonite sous-aiguë et chronique, constatée, soit pendant la vie, soit après la mort, dix ont été atteints de péripneumonie sous-aiguë et chronique, et en sont morts après avoir été de vingt à quarante jours malades ; huit, qui ont été ouverts, ont fait voir tous les désordres de la péripneumonie ; les quinze autres ont été vendus et perdus de vue. Je m'empresse de dire que ces vingt-cinq veaux n'avaient point cessé, depuis le moment de leur naissance, de cohabiter avec leurs mères et d'en sucer le lait pendant plus ou moins de temps.

M. Clément, vétérinaire belge, assure avoir fait de semblables observations sur cinq veaux provenant de cinq vaches atteintes de la péripneumonie ; mais ces veaux avaient aussi habité la même étable que leurs mères.

De ces derniers faits, certes, il n'est point permis de conclure que les veaux étaient atteints dans l'utérus de leur mère de la péripneumonie ; car ces jeunes animaux, habitant un lieu infecté par des éléments contagieux, ont pu contracter cette maladie par contagion. Pourtant, comme les faits que j'ai rapportés plus haut démontrent positivement, pour moi du moins, que la péripneumonie peut être utérine, ne peut-on pas considérer comme probable que les veaux ont apporté la maladie en naissant, et que c'est le jeu des poumons mis en action aussitôt la naissance qui a contribué à accélérer son

(1) *Journal vétérinaire belge*, t. Ier, p. 171.

développement. Cette supposition acquiert beaucoup de fondement par les recherches faites en Allemagne par Dieterichs, et que voici :

Les veaux issus de vaches malades, dit Dieterichs, sont affectés de la péripneumonie dès leur naissance. On a trouvé les poumons d'un veau de quatre à cinq jours atteints de la même maladie. Il en a été de même d'un veau de trois à six mois. Les vaches d'où provenaient ces veaux furent malades durant le temps de la gestation ; elles se rétablirent un peu avant la parturition, mais ces petits animaux en furent sans doute attaqués dans leur sein. Des veaux issus de vaches saines et allaités ensuite par des vaches malades, ne contractèrent point la maladie, d'où l'on peut conclure, dit Dieterichs, que cette maladie singulière peut être spécifiquement communiquée au fœtus; mais que le veau d'une vache saine n'est pas susceptible de prendre la maladie dont il s'agit par le lait d'une vache malade (1).

Quoi qu'il en soit, cette question est loin encore d'être bien élucidée ; des recherches exactes sont encore à faire pour que tous les doutes soient levés sous ce rapport (2).

Dans la fièvre puerpérale, la question de la contagion pour les enfants nouveau-nés ne nous paraît pas douteuse, si nous nous rappelons que les enfants des femmes bien portantes moururent en aussi grand nombre que ceux dont les mères étaient malades.

Comme la fièvre puerpérale, la pneumonie épizootique, qui naît sous une influence inconnue, sous l'impulsion du génie épidémique, devient contagieuse ; les faits surabondent pour le prouver.

(1) Dieterichs, traduction de M. Gellé, t. II, p. 586.

(2) Delafond, *Traité sur la maladie de poitrine du gros bétail*, connue sous le nom de *péripneumonie contagieuse*, Paris, 1844, p. 134 et suiv.

Voilà donc une maladie, et c'est à cette conclusion que je voulais arriver, voilà donc une maladie dont le début est promptement suivi de phénomènes locaux du côté des poumons, qui montre à l'autopsie des lésions locales, non plus variables comme dans la fièvre puerpérale, mais toujours identiques et localisées dans le poumon : cette singulière maladie, si bien localisée en apparence, est cependant une maladie générale ; l'inoculation en est aujourd'hui répandue pour en préserver les troupeaux de bœufs qui ne l'ont point encore eue ; et, si M. Delafond n'a point dit dans son livre que la pneumonie épizootique est une espèce de typhus, on ne peut guère en douter après l'avoir lu. M. H. Bouley, a, d'ailleurs, été plus explicite : « Tout ce que je puis dire, c'est « qu'il y a un état particulier de l'organisme qui pré- « existe à la lésion locale et en est la cause prochaine, immé- « diate; en d'autres termes, l'inflammation pulmonaire et « l'exsudation qui l'accompagne ne sont que l'expression ma- « térielle d'un état général antérieur, de même que l'éruption « cutanée dans la clavelée, dans la variole, que les tuméfac- « tions séreuses et sanguines du tissu cellulaire dans le char- « bon ne sont que les effets d'une condition générale, pré- « existante à l'organicisme (1). »

J'ai parlé longuement de la pneumonie épizootique, parce que son histoire est un plaidoyer éloquent contre la doctrine de la localisation. J'ai fait une longue citation, parce que j'ai cru que son importance était immense, et qu'on la lirait avec intérêt, car elle résout la question de la transmission de la maladie de la mère au fœtus contenu dans la cavité utérine.

Comparaison avec le typhus des armées. — Je comparerai encore la fièvre puerpérale au typhus des armées,

(1) H. Bouley, *De la pneumonie épizootique du gros bétail. Gazette hebdomadaire*, 12 mai 1854.

mais je la comparerai seulement : l'agglomération des nouvelles accouchées favorise le développement de la fièvre puerpérale, comme l'agglomération des hommes favorise le typhus; comme pour le typhus, les sujets sont frappés d'autant plus vite qu'ils sont plus épuisés, soumis à des causes déprimantes, comme le chagrin, affaiblis par une maladie antérieure, exténués par un travail pénible, exposés aux miasmes qu'engendre l'encombrement ; comme pour le typhus, on observe des cas de contagion. Sans doute le typhus a des caractères spéciaux qui le distinguent de la fièvre puerpérale, nous l'avons fait voir plus haut; mais nous n'avons pu comprendre la maladie grave des femmes en couches qu'en expliquant sa production par un empoisonnement général, particulier, qui frappe des sujets qui offrent un état tout spécial, l'état puerpéral, et cette coïncidence de la réceptivité et de la cause productrice engendre la fièvre puerpérale.

Considérations générales sur l'essence de la fièvre puerpérale. — Les symptômes, la marche rapide, quelquefois l'absence de lésions, tout dans cette maladie indique un empoisonnement qui, en temps d'épidémie, doit s'étendre à un très-grand nombre d'accouchées; que ces femmes présentent une disposition favorable à l'élimination du poison, et leur santé ne sera point troublée; elles auront à peine quelques symptômes d'embarras gastrique, qui disparaîtront spontanément ou par l'administration d'un évacuant; mais que ces malades présentent une disposition favorable, non plus à l'élimination, mais au développement du poison, du ferment morbide, et la fièvre puerpérale éclatera avec tout son cortége.

D'ailleurs, après un examen attentif, l'altération du sang ne saurait être mise en doute; nous avons signalé, pages 13 et 14, ce que l'on sait de plus positif à ce sujet, et, il faut bien l'avouer, ces notions sont peu étendues ; mais peut-être que

des recherches ultérieures y feront saisir des modifications importantes, si toutefois ces modifications ne consistent pas en un simple changement moléculaire ou dans la présence d'un poison qui échappe aux instruments grossissants et aux réactifs chimiques.

Quand les malades meurent très-rapidement, ou quand elles ne présentent pas de disposition favorable au développement de lésions anatomiques manifestes, elles sont empoisonnées, bien qu'on ne puisse pas montrer le poison. Quand des circonstances favorables se présentent, on voit des lésions secondaires se produire, mais leur développement n'est que l'une des manifestations, l'un des effets de la maladie générale, et lui reste subordonné. Suivant la disposition individuelle, une cause déterminante quelconque, ou suivant le génie épidémique, le pus se forme dans les veines, dans les lymphatiques, dans les plèvres, dans le péritoine ou dans le tissu cellulaire et les muscles. On trouve des lésions qui simulent la métro-péritonite, la phlébite, l'angioleucite, la pleurésie, mais la maladie générale domine toutes ces altérations. Qu'on ne croie cependant pas que je n'accorde aucune valeur à ces phlegmasies locales : l'enchaînement des différents états organopathiques est l'un des côtés les plus curieux de la pathologie, et la fièvre puerpérale ferait assurément moins de victimes, si des lésions locales ne venaient l'aggraver encore. C'est à ces lésions secondaires qu'on doit rapporter la mort des femmes qui succombent longtemps après le début de la maladie, épuisées par un épanchement péritonéal ou pleurétique purulent. C'est ainsi qu'on voit, chez les mêmes femmes, à la gravité de la fièvre puerpérale s'ajouter le danger produit par l'apparition d'une phlébite ou d'une péritonite, et la même malade peut succomber aux effets réunis de la fièvre puerpérale et de l'infection purulente.

N'est-ce pas ainsi que les choses se passent dans la variole? L'éruption cutanée n'est que l'une des manifestations de la maladie, et cependant l'abondance de la suppuration et l'infection purulente peuvent aussi déterminer la mort des varioleux.

Chaque épidémie a une allure particulière, et les changements qui en résultent dans les formes de la maladie et dans les lésions doivent être un grand embarras pour les partisans des maladies locales. L'épidémie que nous avons observée a présenté la forme adynamique dans les symptômes, et le type abdominal dans les lésions. Nous avons déjà dit que M. Charrier avait observé une épidémie dont la première moitié était caractérisée par l'inflammation du péritoine, et la seconde par celle des plèvres. M. P. Dubois (communication orale) observa une épidémie plus remarquable encore: presque toutes les femmes qui succombaient présentaient des perforations intestinales; une élève sage-femme, qui avait ses règles, succomba à la même maladie, et à l'autopsie on trouva une perforation intestinale. En 1829, M. Danyau, dans une autre épidémie, constata la présence presque constante d'altérations, faites comme avec un emporte-pièce, dans toute la longueur de la membrane muqueuse du gros intestin. Il faut nier de pareils faits ou les méconnaître pour n'y pas voir la preuve d'une maladie générale, particulière. Comment les expliquerait-on à l'aide de la péritonite, de l'infection purulente ou de l'infection putride?

Personne mieux que M. Trousseau n'a fait ressortir les caractères spéciaux de la fièvre puerpérale (1); il a érigé ses remarques en une doctrine, celle de la *spécificité*. La fièvre

(1) Trousseau, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1858, p. 492-713 et suivantes.

puerpérale existe pour le professeur de l'Hôtel-Dieu, mais c'est une maladie spécifique. En disant que la fièvre puerpérale est une maladie à part, spéciale, méritant une place particulière dans le cadre nosologique et un nom spécial, nous nous sommes singulièrement rapproché de la doctrine de la spécificité; ou plutôt, en disant que la fièvre puerpérale est une maladie spécifique, M. Trousseau s'est peu éloigné de l'école de M. Dubois; mais personne ne pouvait faire aussi brillamment remarquer la distance qui sépare les maladies spécifiques de toutes les autres maladies.

On peut compter les doctrines médicales, mais chaque médecin conçoit ces doctrines à sa manière, et leur fait subir une transformation individuelle pour les appliquer à l'étude des maladies : pour M. Pidoux (1), l'état puerpéral physiologique domine tout l'organisme de la femme pendant la grossesse et après l'accouchement; l'utérus n'en est point le siége exclusif, mais il en est le *centre*. Si la nouvelle accouchée devient malade, sa maladie ne sera que l'expression de l'état puerpéral vicié dans son évolution ; l'organisme tout entier concourra donc aux phénomènes pathologiques, mais l'utérus sera le *centre* de cette viciation, comme il est le centre de l'état physiologique.

M. Pidoux a combattu, face à face et à outrance, la doctrine de la localisation; il s'est rapproché de la doctrine des essentialistes, l'a coudoyée, qu'on me permette cette expression, puis il a passé outre et a érigé nu système particulier : « Les ontologistes admettent chez la femme en couches une modification puerpérale de toute l'économie sans appareil central ou sans rapport nécessaire avec celui-ci. Les localisa-

(1) Pidoux, Notes sur la fièvre puerpérale, à l'occasion des débats académiques. *Union médicale*, 1858.

teurs, au contraire, semblent ne voir que lui. L'état général qu'ils sont forcés d'accorder par-dessus se trouve là je ne sais pourquoi, accidentellement sans doute, sans lien nécessaire avec l'affection des organes centraux. C'est au moins ce qui résulte de la manière dont ils comprennent les rapports de l'affection et des lésions utérines avec l'affection et les lésions générales dans les maladies des femmes en couches. Ils complètent leur théorie avec une idée empruntée au principe de leurs adversaires, et ils anéantissent par là leur propre principe. Cela prouve plus de bonne intention que de force dans la doctrine. C'est de l'éclectisme, ou autrement de la contradiction ; il ne faut pas trop s'en vanter. Cet état particulier du sang, cette cachexie latente des anciens, caractérisée pour nous par l'excès du sérum et de la fibrine, la diminution des globules, et peut-être une certaine proportion de caséine, cette modification si considérable de toute l'économie de la femme par la grossesse, si favorable à la pyogénie, est aussi inconcevable sans la gestation que celle-ci sans elle. Pourquoi les séparez-vous? L'utérus n'en est pas le point de départ mécanique, il en est le centre organique et vital, c'est-à-dire qu'il concentre et représente à leur plus haute puissance les propriétés puerpérales, les éléments reproducteurs disséminés et fondus dans tout l'organisme.

« Ces deux pôles de l'appareil, permettez-moi cette expression, naissent, se développent et se résolvent simultanément. Que la fonction évidente de la maladie visible commence par l'un ou par l'autre, ils sont solidaires et inséparables dans la santé comme dans la maladie. Qu'ils soient frappés avec une inégale intensité, que le désordre morbide intéresse plus particulièrement les éléments généraux que le centre, ou celui-ci que les éléments généraux, de manière à donner plutôt à la maladie la physionomie d'une maladie générale ou

d'une fièvre que celle d'une maladie locale ou d'une phlegmasie; ou que ces expressions, communes à toutes les maladies aiguës, que les anciens ramassaient avec un vague mais sûr instinct du vrai dans leurs pyrétologies, naissent et se développent de front, comme il arrive à Paris dans le plus grand nombre des cas, qu'importe? Que fait à l'ordre intérieur et vivant des choses l'ordre de leur apparition et de leurs symptômes? L'essentiel est qu'en face de la fièvre indéterminée et non organisée des ontologistes, de l'inflammation primitivement locale, sans raison d'être et sans unité des anatomistes, vienne se poser l'existence d'un état morbide primitivement et essentiellement général et local en soi, quoiqu'il puisse quelquefois, dans l'ordre d'apparition de ses symptômes, sembler primitivement local ou primitivement général.

« Je le répète : il suffit que ces deux états coexistent pour que, suivant les circonstances, l'altération de l'un l'emportant sur celle de l'autre et fournissant les premières et les plus importantes manifestations morbides, il en résulte tour à tour, soit des phlegmasies, soit des fébri-phlegmasies, soit des fièvres, ces trois types de la pyrétologie. Voilà, en effet, ce que donne la clinique. Les faits ne se rétréciront pas ; c'est aux théories à s'élargir (1). »

Le passage que nous venons de citer donne une idée assez complète de la doctrine de M. Pidoux : adversaire déclaré des localisateurs, M. Pidoux est, avec nous, *généralisateur*, mais il fait scission avec l'école de la Maternité, parce qu'il lui reproche de ne pas tenir un compte suffisant du rôle que doit jouer l'appareil utérin dans l'état puerpéral, soit physiologique, soit pathologique : « Que disent les généralisateurs?

(1) Pidoux, *Union médicale*, 15 mai 1858, p. 227.

Qu'on rencontre des affections puerpérales sans aucune altération circonscrite des organes du bassin et sans péritonite ; et ce sont les plus graves, les plus rapidement, les plus inexorablement mortelles; et ils en concluent que cette maladie est bien une pyrexie, une fièvre, — et ils ont raison, — mais que cette fièvre est une affection primitivement et essentiellement générale, sans rapport avec les organes de la puerpéralité, une fièvre, enfin, comme pourrait être celle d'un polype, d'un animal homogène, sans organes déterminés et centralisés; et en cela les ontologistes sont dans l'erreur. Voici pourtant ce que contient rigoureusement leur principe. »

Les reproches que M. Pidoux adresse aux généralisateurs ont peut-être quelque fondement, mais leur faute n'est-elle point excusable et explicable ? Quand, dans une discussion, deux principes sont en présence, chaque parti prend naturellement le soin de mettre en relief les faits qui militent en sa faveur, et laisse dans l'ombre les faits opposés. La partie adverse ne les mettra-t-elle pas suffisamment en lumière ?

Nous avons fait tous nos efforts pour montrer la suprématie des altérations générales sur les lésions locales dans la fièvre puerpérale. Nous avons soutenu ce qui pour nous est la vérité. Si nous n'avons pas donné à l'appareil utérin toute l'importance que M. Pidoux lui accorde dans l'étude des phénomènes puerpéraux, nous n'avons cependant pas oublié complétement cette importance : nous avons commencé ce travail par des considérations physiologiques; nous y avons montré l'étendue de l'état puerpéral, et dit qu'en dehors de son influence le développement de la fièvre puerpérale était impossible; enfin, nous avons eu maintes fois l'occasion de revenir sur ce fait, que l'appareil anatomique de la génération présente une prédisposition particulière à ressentir le premier, et plus vivement que tous les autres organes, l'action délétère

de l'empoisonnement qui cause la fièvre puerpérale : de là, la fréquence des métro-péritonites et des phlébites utérines.

Si nous n'avons point trouvé en M. Pidoux un ami de l'école de la Maternité, nous y avons trouvé un puissant allié, qui a combattu, comme il sait combattre, la doctrine de la localisation.

Je n'ai point examiné dans une revue bibliographique les différentes opinions qui se sont produites sur la fièvre puerpérale ; je rappellerai, seulement pour mémoire, celle de Peu, qui attribuait tous les accidents à la rétention des lochies, et celle de Doublet, qui avait fait admettre l'explication de la métastase laiteuse. Aujourd'hui de nombreux médecins veulent réduire la maladie puerpérale épidémique aux proportions d'une simple affection locale, survenue chez une femme en couches comme elle aurait pu se montrer chez une autre personne : c'est au commencement de ce siècle que cette tendance a pris tout son développement dans les travaux de Pinel, Bichat, Gasc, Paul Delaroche, Broussais, Laennec, qui ne voyaient dans la fièvre puerpérale qu'une péritonite ou une inflammation des organes du bas-ventre. Dance fit voir plus tard que les femmes en couches pouvaient succomber à l'infection purulente ; MM. Duplay, Nonat, Botrel firent aussi de remarquables travaux sur l'angioleucite utérine, et la fièvre puerpérale menaça d'être oubliée. Aujourd'hui que les dissidences sont plus nombreuses que jamais, on ne saurait donc assez répéter que ce n'est qu'en dehors de l'influence épidémique qu'on observe des maladies puerpérales locales ; pendant une épidémie, elles disparaissent toutes pour faire place à la fièvre puerpérale. Aussi, pour bien apprécier ces maladies, nous croyons qu'il faut avoir été le témoin d'une grande épidémie, comme celle que nous avons observée à la

Maternité. La division des auteurs tient en grande partie à ce qu'ils ont vu et traité la maladie dans des circonstances différentes. Pour mon compte, j'avais déjà, pendant une année, à l'hôpital Beaujon, suivi les malades d'une salle d'accouchements; j'avais souvent, pour toute lésion, trouvé de la phlébite utérine avec des abcès métastatiques, et j'étais convaincu que les maladies puerpérales n'étaient que des maladies inflammatoires locales, et que le plus souvent la mort dépendait de l'infection purulente. Ce n'est que malgré moi que j'ai été amené à changer une opinion que je conserverais probablement encore, si le hasard ne m'avait mis en présence d'une grande épidémie, et j'ai été entraîné par l'évidence. La plupart des internes de la Maternité ont été, comme moi, convaincus par les faits; c'est à tort qu'on leur reproche d'accepter sans contrôle les préceptes du maître; jamais assurément, dans aucune école, les opinions ne se sont formées plus spontanément et plus librement.

Les différents systèmes qui ont successivement régné dans l'histoire des maladies ont eu leur source dans la manière dont on connaissait les organes, dont on comprenait leurs fonctions. Il faut que, dans leur marche, les sciences naturelles et la pathologie se prêtent un mutuel appui : quand elles se séparent, l'erreur est infaillible. Dans le vaste champ de la pathologie entière, les doctrines qui présidèrent à l'étude des maladies furent successivement empruntées à l'humorisme, au vitalisme, à l'organicisme : les maladies des femmes en couches subirent la loi commune, et depuis un demi-siècle nous avons vu apparaître dans leur étude une série de maladies locales. Aujourd'hui, après avoir poussé aussi loin que possible l'étude de l'anatomie des organes et des appareils, après avoir essayé de surprendre sur le fait leurs propriétés et leur action, on s'aperçoit que nos con-

naissances sont incapables de rendre compte de l'harmonie qui préside aux différents actes de la vie : c'est pour obéir au besoin de coordonner les faits, de les associer les uns aux autres, que les anatomistes et les physiologistes n'accordent plus toute leur attention à la dissection des solides, et qu'ils dirigent leurs travaux vers l'étude des liquides qui, répandus dans tout le corps, semblent former un lien naturel entre les différentes parties. Nous suivrons la même voie en pathologie : après l'étude des lésions des solides doit venir celle des altérations des liquides, du sang avant tout; et c'est en lui que nous avons placé le siége primordial de l'empoisonnement que nous désignons sous le nom de fièvre puerpérale.

S'il est impossible de pénétrer la cause, la nature intime des maladies, on peut du moins par comparaison, par analogie, arriver à la connaissance de quelques-uns de leurs caractères et se faire une idée approximative de leur pathogénie et de leur essence. Mais il est au-dessus des forces de notre entendement d'arriver en pathologie à la vérité absolue, comme il est refusé à notre intelligence de s'élever, en physiologie, jusqu'à la compréhension des mystères de la vie, et de saisir, par exemple, quelle est la différence immense qui sépare un être vivant de son cadavre. Nous avons dit que la fièvre puerpérale est une maladie générale, une maladie du sang; je n'oserais pourtant pas affirmer que cette opinion, quoique relativement vraie, représente la vérité tout entière et seulement la vérité; mais certainement elle est d'accord avec les notions physiologiques de notre époque. Peut-être subira-t-elle des transformations par suite des progrès ultérieurs de l'anatomie et de la physiologie : c'est là ce que je souhaite dans l'intérêt de la science et de l'humanité.

Si la manière dont nous avons conçu l'essence, la nature de la fièvre puerpérale n'est qu'une hypothèse, il faut avouer

que, mieux que toute autre doctrine, elle s'appuie sur l'observation et rend compte des différents phénomènes que nous avons étudiés.

Je dirais volontiers, en terminant, que j'ai établi la manière dont les représentants de l'école de la Maternité, maîtres ou élèves, comprennent la nature de la fièvre puerpérale; mais, dans une question aussi délicate, j'aime mieux assumer sur moi seul toute la responsabilité que de m'exposer à un désaveu.

CHAPITRE XII.

CONCLUSIONS.

Dans chacun des chapitres de ce travail, nous avons essayé de mettre en relief les points principaux, et, chemin faisant, nous avons indiqué les conséquences qu'on pouvait en déduire ; nous résumerons les plus importantes sous forme de conclusions.

1° L'état puerpéral est un état spécial qu'on a eu le tort d'assimiler à l'état des amputés. Cet état est intimement lié aux fonctions de la génération chez les femmes. La menstruation en est la première période ; la puberté et la ménopause en forment les deux limites extrêmes. Il convient d'y joindre l'état que présentent le fœtus et l'enfant nouveau-né.

2° Le développement de la fièvre puerpérale n'est possible que pendant la durée de l'état puerpéral. Cette maladie sévit le plus souvent sur les femmes en couches; mais elle atteint quelquefois les femmes enceintes, et plus rarement les femmes non mariées ou les jeunes filles, surtout pendant l'époque menstruelle. Elle s'étend jusqu'aux fœtus et aux enfants nouveau-nés qu'elle fait périr en grand nombre.

3° Les maladies puerpérales sont multiples; diverses inflammations peuvent compliquer les couches, mais le diagnostic peut le plus souvent être établi entre la fièvre puerpérale et les affections inflammatoires.

4° Les preuves de l'existence de la fièvre puerpérale, de sa spécificité, sont :

a. L'altération du sang;
b. L'absence de lésions palpables dans certains cas;
c. L'uniformité des symptômes, malgré la diversité des lésions habituelles;
d. Sa nature épidémique;
e. Sa propagation par contagion.

5° La fièvre puerpérale est une maladie générale, un empoisonnement de tout l'organisme, qui se fait probablement, dès le principe, dans le sang.

6° La fièvre puerpérale peut être comparée à un assez grand nombre de maladies : à la variole, au typhus, et, chez les animaux, à la pneumonie épizootique.

7° Le typhus et la fièvre traumatique sont des affections distinctes de la fièvre puerpérale.

8° Toutes les maladies locales connues, séparément ou collectivement, sont impuissantes à rendre compte des phénomènes connus sous le nom de fièvre puerpérale.

9° La fièvre puerpérale fait beaucoup plus de ravages dans les hôpitaux que dans la clientèle civile.

10° La fièvre puerpérale est épidémique et contagieuse. Il est probable que, dans certaines conditions, les médecins peuvent servir de transport au germe de la maladie.

11° Un médecin qui vient de faire une autopsie de fièvre puerpérale, ne doit jamais pratiquer immédiatement un accouchement.

12° Dans les cas graves, l'efficacité du traitement est nulle.

13° La prophylaxie seule peut faire diminuer notablement la mortalité des femmes en couches.

14° On doit favoriser autant que possible les accouchements à domicile.

15° Il faut remplacer les grandes maisons d'accouchements par de petites maternités.

16° On devra, autant que possible, recevoir les femmes enceintes dans l'hospice quinze jours au moins avant l'accouchement.

17° Dans un hôpital bien entendu, il faut séparer toutes les nouvelles accouchées les unes des autres ; chaque femme doit avoir une chambre particulière.

18° Les salles doivent n'être occupées qu'à tour de rôle. La chambre dans laquelle aura séjourné une nouvelle accouchée, devra être évacuée pendant quinze jours pour faciliter le lavage, la ventilation et le changement de la literie.

OBSERVATIONS.

J'avais rédigé et ajouté à mon mémoire cent observations; leur publication complète n'aurait aucun intérêt; j'en rapporterai donc un beaucoup plus petit nombre, et je les présenterai dans l'ordre indiqué dans l'introduction.

SECTION I.

OBSERVATIONS DE FIÈVRE PUERPÉRALE CHEZ DEUX JEUNES FILLES.

OBSERVATION I. — Fièvre puerpérale chez une jeune fille en dehors de l'état de grossesse et d'accouchement. Mort; autopsie : épanchement purulent dans le péritoine; utérus complétement sain.

Mlle R....., élève sage-femme à la Maternité, constitution très-robuste, bonne santé habituelle, a eu ses règles dans les premiers jours du mois de mai; l'écoulement menstruel a été irrégulier et incomplet. Depuis ce temps, malaise général, perte des forces, inappétence, bouche mauvaise, pas de douleur de ventre.

9 mai. — Elle entre le soir à l'infirmerie; fièvre, peau chaude, céphalalgie, bouche mauvaise; rien ne peut faire présager une maladie grave. — Prescription : limonade sp., 2 pots.

10 mai. — Fièvre, peau animée, facies rouge, céphalalgie, langue sale; aucun autre symptôme local.

Prescription : Ipéca..... 2 grammes } en 3 paquets.
Émétique . 5 centigr. }

Le soir : a bien vomi; se trouve soulagée; souffre encore de la tête; fièvre moins vive.

11 mai. — Fièvre vive; a eu un frisson intense; un peu de douleur dans le ventre; 120 pulsations, nausées. — Prescription : lim. sp., 2 pots; julep avec opium, 0,05, et alcoolature d'aconit, 3 gr.; catapl. abd.; glace, 3 kilog.; 2 lavements émollients.

12 mai. — Etat grave; fièvre très-vive; douleur dans le ventre; vomissements verdâtres; facies altéré; agitation; respiration gênée; rien à l'examen des poumons par l'auscultation et la percussion. — Prescription : lim. sp., 2 pots; julep, opium, 0,05, et alcoolature d'aconit, 3 gr.; cataplasme abdominal; glace; 20 sangsues à la face interne des grandes lèvres.

Le soir : état extrêmement grave; les vomissements continuent; la fièvre est très-vive; pouls petit, faible; facies très-altéré; respiration très-gênée; cyanose; refroidissement des extrémités; rien aux poumons. — Prescription : thé au rhum; vin de Malaga.

13 mai. — Pouls très-fréquent, presque insensible; prostration complète; respiration très-gênée; cyanose; refroidissement des extrémités avec teinte bleuâtre; mort imminente. — Prescription : thé sucré, 2 pots; julep avec opium, 0,10; punch au rhum, 400 gr.; sinapismes; alèzes chaudes; un quart de lavement avec 10 gouttes de laudanum.

Mort à midi.

Autopsie. — Trente heures après la mort. — L'abdomen seul a été examiné sur la demande de la famille : cavité péritonéale contenant une grande quantité de sérosité purulente, sans grumeaux; quelques plaques purulentes de consistance crémeuse adhèrent aux viscères abdominaux; injection du péritoine viscéral; foie volumineux, tacheté de jaune, très-gras; l'utérus et ses annexes ont été coupés par tranches extrêmement minces, et leurs tissus étaient parfaitement sains

et fermes; la cavité utérine était intacte et contenait un peu de mucus épais, filant, onctueux, transparent.

Réflexions. — Nous ferons remarquer que la maladie et la mort de cette jeune fille eurent lieu du 1er au 13 mai, c'est-à-dire lorsque l'intensité de l'épidémie de fièvre puerpérale, qui sévissait sur les femmes en couches, était telle qu'elle nécessita la fermeture de la Maternité. Cette jeune fille, comme toutes les élèves sages-femmes, était chargée du soin des malades.

Observation II. — Fièvre puerpérale chez une jeune fille, hors l'état de grossesse et d'accouchement; début de la maladie au milieu d'une époque menstruelle ; état grave. Guérison.

Mlle L....., élève sage-femme à la Maternité, bonne santé habituelle, bonne constitution. Depuis le 12 avril 1856, pendant l'épidémie de fièvre puerpérale, elle eut de la perte de l'appétit, du dégoût, des envies de vomir; chaque jour, quelques frissons erratiques, irréguliers, suivis d'une légère réaction fébrile.

23 avril. — Ecoulement menstruel depuis un jour. Aujourd'hui, deux frissons suivis de claquements de dents; céphalalgie.

Le 24. — Entrée à l'infirmerie des élèves sages-femmes. Fièvre vive, céphalalgie; douleur dans le ventre depuis hier; vomissements verdâtres; écoulement menstruel supprimé. — Prescription : potion avec sel de morphine, cataplasmes chauds.

Le 25. — La potion n'a pu être supportée; les vomissements continuent; fièvre vive, douleur de ventre très-intense. — Prescription : 16 sangsues à la partie interne des cuisses; bain; glace; cataplasmes sur le ventre.

Le 26 avril. — Les vomissements continuent ; fièvre vive ; pouls à 130 ; facies altéré ; douleur vive du ventre ; céphalalgie.

Le 27. — Etat grave ; douleur excessive dans le ventre, surtout à la région ombilicale ; la pression y est intolérable ; vomissements. — Prescription : 20 sangsues.

Le 28. — Etat grave ; fièvre très-vive ; facies altéré ; respiration gênée ; douleur vive dans le ventre. Les vomissements persistent, mais à un degré moins fort.

Le 29. — Même état ; se plaint beaucoup des hypochondres ; vomissements. — Prescription : 20 sangsues en forme de ceinture.

Le 30. — Les sangsues ont bien coulé. La malade se trouve mieux ; fièvre moins vive ; encore quelques vomissements.

Le 30 au soir. — Même état.

Le 1er mai. — La fièvre continue ; n'a jamais eu d'épistaxis, ne présente aucune tache sur le ventre ; rien aux poumons ; prostration considérable. Toujours quelques vomissements ; un peu de délire ; traits altérés ; langue sèche.

Le 2. — Quelques frissons erratiques. Même état. Les vomissements n'ont plus guère lieu qu'après l'ingestion des boissons. Fièvre toujours très-vive.

Le 3. — Même état.

Le 4. — Même état. Ventre sensible ; fièvre ; céphalalgie ; langue sèche et noirâtre ; toujours quelques vomissements.

Le 5. — Les symptômes s'amendent un peu ; la malade présente le même état, mais il est moins grave.

L'amélioration se continue dans les jours suivants, et, le 8 mai, on pouvait transporter la malade dans un pavillon isolé, au fond d'un grand jardin, sans lui faire éprouver trop de douleur. A cette époque, la malade avait encore une fièvre vive, avec de la douleur dans le ventre et un abattement con-

sidérable. Ces symptômes s'amendèrent vite, mais avec des alternatives de recrudescence tantôt dans la fièvre, tantôt dans les douleurs du ventre, quelquefois dans les vomissements. On fut obligé de lui appliquer plusieurs fois de petits vésicatoires sur le ventre. On employait concurremment les toniques et la préparation opiacée. Ce ne fut que le 8 juillet, que la malade fut assez forte pour être envoyée dans sa famille, où elle se rétablit complétement.

Réflexions. — Dans cette observation, c'est au milieu de l'époque menstruelle que débuta la maladie; mais, depuis quelque temps déjà, cette élève paraissait être sous l'influence de l'empoisonnement miasmatique, qui semblait n'attendre qu'une occasion favorable pour son développement. La forme de la maladie a été celle d'une péritonite puerpérale : les accidents et les douleurs qui, pendant longtemps, ont eu lieu du côté de l'abdomen, ne laissent aucun doute à ce sujet; les accidents généraux adynamiques qui se sont développés ensuite, ont indiqué l'état général dû à la fièvre puerpérale.

SECTION II.

OBSERVATION DE FIÈVRE PUERPÉRALE CHEZ UNE FEMME ENCEINTE.

Observation III. — Fièvre puerpérale pendant la grossesse. Mort. — Maternité, salle Sainte-Marie, n° 22.

Wolff, 20 ans, journalière, primipare, à Paris depuis deux ans, entre à la Maternité le 2 mai. Accouchement le même jour; le travail a duré 11 heures. Bonne santé habituelle.

Dans la journée du 30 avril, cette femme a souffert des reins. Pendant toute la nuit suivante, frisson avec claquements de dents.

1er mai. — Fièvre; douleur de reins; douleurs de ventre; céphalalgie; pas de vomissements.

Dans la nuit du 1er au 2 mai, la fièvre continue; à minuit, les douleurs de l'accouchement se déclarent; elles ne ressemblent en rien, dit la malade, aux douleurs qu'elle ressentait auparavant dans le ventre.

2 mai. — La malade entre à la Maternité. Elle a été amenée du dehors en voiture.

10 heures du matin. — Pendant le travail de l'accouchement, face pâle; douleur de ventre; langue sèche; pas de vomissements; 130 pulsations; accouchement à 11 heures du matin; passage immédiat à l'infirmerie.

Le soir : 120 pulsations; pas de frisson; langue humide; face médiocrement colorée. La malade se trouve bien; un peu de douleur dans le ventre; l'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. — Prescription : 30 sangsues à l'hypogastre; onguent napolitain belladoné en frictions.

Le 3 mai. — 108 pulsations; pas de frissons; langue bonne; ventre plus développé qu'hier. Pas de vomissements, pas de selles depuis trois jours. — Prescription : limonade, 2 pots; diète; cataplasmes abdominaux; 30 sangsues; calomel, 0,30 en trois paquets.

Le soir : 136 pulsations; pas de frissons; douleur épigastrique; pas de vomissements; 2 selles.

Le 4 mai. — Même état. — Même prescription.

Mort à 4 heures du soir.

Enfant mort le 3 mai.

Autopsie. — La cavité péritonéale contient une assez grande

quantité de liquide séro-purulent, et quelques flocons blanchâtres assez volumineux. L'utérus est bien revenu sur lui-même ; quelques-uns de ses sinus contiennent du pus; sa cavité contient un détritus putrilagineux. Rien dans la poitrine, ni dans les autres organes.

SECTION III.

OBSERVATIONS SUIVIES DE MORT ; TRAITEMENTS DIVERS.

Observation IV. — Fièvre puerpérale, accidents avant l'accouchement; frisson initial unique. Mort. — Maternité, salle Sainte-Marthe, nº 3.

Picard, 24 ans, primipare, à Paris depuis quatre mois, entrée à la Maternité le 30 avril; accouchement le 30 avril, à 10 heures du soir; version.

Cette femme se portait bien pendant sa grossesse: le 30 avril, avant son accouchement, elle fut prise d'un frisson intense et prolongé, de deux heures de durée, avec claquements de dents; douleur dans la région hypogastrique et dans les reins. — Accouchée à 10 heures du soir; passage immédiat à l'infirmerie.

1er mai. — Fièvre intense; facies pâle, altéré. Ballonnement et douleur vive du ventre.

Bagnols, 100 grammes. — Bordeaux. 500 grammes.
Vésicatoire abdominal. — Opium.. 10 centigr.

Le soir : 140 pulsations; pas de frisson depuis hier, langue nette. Enduit sur les gencives; ventre volumineux et très-douloureux dans les hypochrondes; pas de vomissements, pas de selles.

2 mai. — 140 pulsations; pas de frisson; oppression con-

sidérable, face pâle, langue sèche; pas de vomissements; ventre ballonné. Diarrhée; va sous elle.

3 mai. — Mort à une heure du matin.

Enfant mort le 2 mai.

Autopsie. — Péritonite; phlébite utérine; aucun abcès métastatique. Rien dans la poitrine.

Réflexions. — Le début du frisson, avant l'accouchement, la progression des accidents qui vinrent ensuite, la rapidité de la mort seraient suffisants pour faire regarder ce fait comme un cas de fièvre puerpérale avant l'accouchement; je ne l'ai pas fait parce que je l'ai trouvé moins probant que le précédent. Les observations de ce genre ne sont d'ailleurs pas rares; M. H. Dor en citait dernièrement un exemple dans lequel le frisson avait commencé 8 heures avant l'accouchement; j'ai trouvé des faits semblables dans la plupart des auteurs qui ont écrit sur la fièvre puerpérale.

Observation V. — Fièvre puerpérale, frisson initial violent, eschare à la vulve; traitement par le sulfate de quinine. Mort. — Maternité, salle Sainte-Marie, n° 27.

Regny, 19 ans, journalière, primipare, à Paris depuis un an, entre à la Maternité le 16 avril; accouchée le 18 à 2 heures du soir; le travail a duré 5 heures 1/2.

Cette femme allait bien, quand elle fut prise, le 19, d'un frisson extrêmement violent, qui dura une heure; la peau était, pendant ce temps, froide et verdâtre, la langue sèche et rosée.

20 avril.— 144 pulsations; pas de frissons depuis hier. Douleur dans le ventre, surtout au niveau des parties latérales de l'utérus. Pas de garde-robes depuis l'accouchement.—Tisane; eau de Sedlitz avec 0,10 grammes de tartre stibié; lavement

purgatif pour le soir; onction avec l'onguent napolitain belladonisé.

Le soir. — 144 pulsations; pas de frisson. La malade n'a pas vomi; une seule garde-robe; douleur modérée dans tout le ventre.

21 avril. — 136 pulsations; pas de frisson; moins de douleur de ventre; utérus un peu volumineux; pas de vomissements; 2 selles. — Eau de groseilles, eau de Seltz, lavement purgatif, onguent napolitain belladonisé.

Le soir. — 128 pulsations; langue humide et brune. Assez vives douleurs de ventre; pas de vomissements; plusieurs selles.

22 avril. — 120 pulsations; pas de frisson; langue rouge et collante; ventre volumineux et douloureux. 5 à 6 vomissements depuis hier; 5 à 6 selles. Anhélation; voix éteinte. La sécrétion du lait ne s'est pas effectuée. — Eau de groseilles; julep avec 1 gramme de sulfate de quinine et 0,05 grammes d'opium; un lavement émollient; onction avec l'onguent napolitain belladonisé.

Le soir. — Pouls très-fréquent; pas de frisson; langue rouge et sèche; ventre très-ballonné, pas douloureux; pas de vomissements, pas de selle. Anhélation; douleur au côté de la poitrine. Matité au tiers inférieur du poumon droit, avec râle crépitant. — Sinapismes.

23 avril. — 120 pulsations; langue un peu rouge. Matité et râle crépitant à la base des poumons. Même état; eschares à la vulve. — Eau de groseilles; julep avec 1 gramme de sulfate de quinine et 30 grammes de sirop diacode; Bagnols, 100 grammes; vin de quinquina, 60 grammes; 2 lavements émollients; 2 bouillons.

Le soir. — 140 pulsations; pas de frisson; ventre volumi-

neux, sonore, médiocrement douloureux. Nausées, pas de vomissements, pas de selle.

Mort le 24 à 9 heures du matin.

Enfant mort le 26 avril.

Autopsie. — Phlébite utérine; péritonite; épanchement pleurétique, abondant dans le côté droit avec engouement pulmonaire.

Observation VI. — Fièvre puerpérale; pas de frisson, douleurs abdominales, épanchement pleurétique. Mort, autopsie. — Maternité, salle Sainte-Marthe, n° 9.

Aubrée, 28 ans, blanchisseuse, primipare, demeurant à Paris depuis 4 mois, entrée à la Maternité le 21 avril; accouchement le même jour; le travail a duré 16 heures.

Douleurs de ventre depuis le 14 avril; le même jour, administration d'un ipéca.

15 avril. — Pas de frisson; utérus s'étendant au niveau de l'ombilic; douleur à la pression. La malade se trouve un peu mieux depuis son vomitif. — Émollients.

16 avril. — Transport à l'infirmerie. Même état. — Potion calmante.

Le soir. — Cette malade souffre toujours du ventre, quoique moins vivement; elle se plaint de gêne dans la respiration. Rien aux poumons, teinte un peu jaune de la peau.

17 avril. — 120 puls.; pas de frisson; douleur médiocre dans le ventre; langue rouge; enduit sur les gencives. Utérus volumineux, s'élevant au milieu de l'espace pubio-ombilical; pas de vomissements, pas de diarrhée. Anxiété générale; narines agitées; injection des capillaires de la face; intelligence paresseuse; teinte jaunâtre de la peau et des sclérotiques. Dyspnée, toux; rien aux poumons. — Julep avec alcoolature d'aconit. Bouillon.

Le soir. — Pouls très-fréquent, pas de frisson, ventre médiocrement douloureux, ballonné, très-sonore. Pas de vomissements, 3 selles. Langue rouge, sèche au milieu. Sueurs abondantes. Dyspnée; matité dans toute la moitié inférieure du poumon droit; ægophonie.

18 avril. — 146 pulsations; pouls petit, douleur peu vive du ventre; cyanose. Matité dans la moitié inférieure du côté droit de la poitrine; ægophonie. — Julep avec oxyde blanc d'antimoine.

Le soir. — Pouls très-fréquent; ventre un peu dur, sans douleur; pas de vomissements, trois selles diarrhéiques. Langue sèche. Teinte jaune de la peau. Face altérée. La malade ne souffre nulle part, ses réponses sont nettes, ses mouvements faciles.

19 avril. — Mort à 3 heures du matin.

Autopsie. — Le 21 à midi. Péritonite avec sérosité rougeâtre et flocons purulents. Phlébite énorme dans une très-grande quantité des vaisseaux de l'utérus et des ligaments larges; suffusion purulente dans le tissu qui sépare les veines les unes des autres. Ovaires volumineux, mous, transformés en un magma purulent. Pas d'abcès métastatiques; rien dans le foie, la rate, les reins, le cerveau, l'utérus. Épanchement pleurétique à droite.

Observation VII. — Fièvre puerpérale; frisson initial unique, vomissements, diarrhée, contracture des extrémités. — Mort après sept jours de maladie. — Maternité, salle Sainte-Marthe, n° 13.

Brouillard, 22 ans, femme de chambre, primipare, accouchée le 12 avril au matin. Bonne santé habituelle; bonne grossesse; accouchement facile; légère hémorrhagie après la délivrance; transport immédiat à l'infirmerie dans un état

de faiblesse assez grand. — Tilleul sucré; cataplasme; deux bouillons, deux potages.

12 avril, le soir. — A peine de fièvre ; un peu de chaleur à la peau; frisson léger qui a duré un quart d'heure. Ventre nullement douloureux; l'utérus dépasse l'ombilic. La malade se plaint des reins, des cuisses et des jambes.

13 avril. — Fièvre assez vive; pas de frisson depuis hier; céphalalgie. L'utérus est douloureux, il remonte au niveau de l'ombilic. — Julep avec opium 0,05 gramme.

Le soir. — Même état. — Ipéca.

14 avril. — Pouls fréquent; peau chaude et sèche; la malade a bien vomi hier soir après avoir pris la poudre d'ipécacuanha; les vomissements ont cessé depuis cette époque. Ventre ballonné et douloureux à une pression superficielle; langue sale; narines pulvérulentes. — Vésicatoire sur le ventre; onction avec l'onguent napolitain.

15 avril. — 120 pulsations; pouls mou, dépressible; langue petite, sale. La douleur du ventre n'a pas diminué; lorsqu'on le presse les plaintes sont cependant moins vives qu'hier. Vomissements, surtout après l'ingestion des boissons. — Julep avec alcoolature d'aconit; onction avec l'onguent napolitain belladonisé.

16 avril. — Pouls très-fréquent, développé; ventre ballonné et douloureux; quelques vomituritions; un peu de délire aujourd'hui avec contraction des extrémités.

17 avril. — 144 pulsations; douleur médiocre dans le ventre; enduit saburral sur la langue; pas de vomissements, deux selles diarrhéïques depuis hier. La malade dit qu'elle se trouve un peu mieux. — Tilleul orangé sp. 2 pots; julep avec alcoolature d'aconit. Onguent napolitain sur le ventre; bouillon.

Le soir. — Pouls fréquent, petit, misérable; langue petite

et sèche; ventre assez douloureux. Plusieurs vomissements; un lombric a été rejeté avec l'un d'eux. Narines pulvérulentes, face grippée; agitation.

18 avril. — 140 pulsations; langue petite et sèche; douleur médiocre dans le ventre; pas de vomissements. La malade se trouve mieux et demande à manger.

19 avril. — 152 pulsations; pouls très-petit. Langue petite, humide, rosée; dents sèches; enduit sur les gencives; pas de vomissements; selles diarrhéïques involontaires. — Julep avec alcoolature d'aconit; onguent napolitain; bagnols.

Le soir. — Pas de vomissements; selles involontaires; délire; agonie commençante.

Mort à 11 heures du soir.

Autopsie. — Épanchement purulent considérable dans le ventre; flocons purulents volumineux, attachés aux différents viscères, recouvrant la totalité de l'utérus. Sinus utérins suppurés; infiltration purulente dans le tissu de la matrice; cavité utérine putrescente; on y aperçoit l'orifice de quelques sinus qui sont remplis de sanie. Les plèvres contiennent un peu de sérosité et quelques plaques purulentes. Le péricarde contient une assez grande quantité de sérosité rougeâtre. Le foie était volumineux, friable, très-chargé de graisse.

Observation VIII. — Fièvre puerpérale; accouchement par le forceps, agitation maniaque brusque, deux frissons. Mort. — Maternité, salle Sainte-Marthe, n° 3.

Gouet, 25 ans, bonne, primipare, à Paris depuis trois ans, entrée à la Maternité le 10 avril. Accouchement au forceps le 12.

Cette femme allait très-bien, quand brusquement elle fut prise d'agitation maniaque.

15 avril. — Fièvre; délire. — Eau de Sedlitz.

16 avril. — L'agitation a disparu ; la malade reste tranquille ; fièvre assez vive ; trois selles. — Ipéca ; julep avec 3 grammes d'alcoolature d'aconit ; onguent napolitain belladonisé.

Le soir. — A bien vomi, a été tranquille aujourd'hui ; à cinq heures, frisson d'une demi-heure de durée ; langue toujours sale ; aucune douleur de ventre.

17 avril. — 100 pulsations. Cette malade va très-bien ; pas d'agitation ; bon sommeil ; légère douleur dans le ventre ; un vomissement pendant la nuit dernière. — Julep avec 3 grammes d'alcoolature d'aconit ; lavement amidonné.

Le soir. — Toujours beaucoup de fièvre ; céphalalgie ; douleur de ventre ; plusieurs frissons irréguliers suivis de sueur. Pas de vomissements.

18 avril. — 100 pulsations ; céphalalgie et douleurs de ventre ; langue toujours un peu sale sur le dos ; diarrhée. — Riz sucré avec le sirop de coings ; julep avec alcoolature d'aconit ; lavement amidonné ; bouillon.

Le soir. — La malade se trouve bien ; peu de fièvre ; aucune douleur de ventre.

19 avril. — 96 pulsations ; aucune douleur de ventre ; pas de vomissements ; diarrhée. — Même prescription.

Le soir. — 124 pulsations ; dyspnée ; rien aux poumons ; langue jaune sur le dos ; gencives rouges ; douleur vive dans le ventre ; quelques nausées, pas de vomissements, une selle diarrhéïque ; peau brûlante ; la malade parle seule. — Eau miellée deux pots avec 0,15 gramme d'émétique dans les deux pots.

20 avril. — 120 pulsations ; vomissements verdâtres ; ventre douloureux, légèrement ballonné ; facies un peu altéré. — Vésicatoire sur le ventre ; onctions avec l'onguent napolitain belladoné ; bouillon.

Le soir. — 132 pulsations; la malade a déliré pendant la journée; langue sale; gencives boursouflées; pas de vomissements; une selle; respiration gênée et fréquente.

21 avril. — Même état; éruption érythémateuse disséminée sur tout le corps, groupée dans certains points en plaques isolées. Pas de frisson; pas de céphalalgie; selles involontaires; la malade ne souffre nulle part. — Eau de Sedlitz, une bouteille; lavement purgatif le soir; bagnols 150 grammes.

Le soir. — 148 pulsations: langue collante; respiration pressée; rien à l'examen des poumons; ventre souple, peu douloureux. — L'eau de Sedlitz a déterminé des vomissements; quelques selles diarrhéïques.

22 avril. — 144 pulsations; langue collante.

Délire; soubresauts des tendons.

Morte à 2 heures du soir.

Enfant mort le 22 avril.

Autopsie. — Péritonite; phlébite utérine sans abcès métastatique; un peu d'épanchement dans les plèvres; sérosité sanguinolente dans le péricarde; caillot fibrineux dans le cœur; cerveau et méninges sans aucune altération.

Observation IX. — Fièvre puerpérale; frisson initial unique, cyanose prononcée. Mort; autopsie : épanchement péritonéal et pleurétique. — Maternité, salle Sainte-Marthe, n° 5.

Bernard (Marie), primipare, 21 ans, domestique, depuis quinze mois à Paris, entrée à la Maternité le 9 avril. Accouchement le 15 avril; le travail a duré quatre heures et demie.

Cette femme a souffert un peu du ventre dans la journée du 17; frisson dans la nuit du 17 au 18.

18 avril. — La douleur de ventre continue; la montée du lait avait eu lieu; mais les seins se sont affaissés depuis le frisson. — Ipéca.

19 avril. — Douleur assez vive du ventre ; l'utérus n'est qu'à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic ; ventre dur ; un peu de pâleur de la langue et des gencives qui sont recouvertes d'un enduit blanc. Pas de vomissements, quatre selles diarrhéïques pendant la nuit ; 108 pulsations ; face pâle et altérée. — Chiendent miellé nitré ; julep avec alcoolature d'aconit ; un quart de lavement amidonné et laudanisé.

Le soir. — 128 pulsations ; la malade ne se trouve pas bien ; la peau est presque froide ; cyanose manifeste au nez et aux joues ; difficulté dans la respiration ; toux provoquant de vives douleurs dans le ventre ; abdomen très-volumineux, mais souple ; la pression y détermine de vives douleurs. Pas de vomissements ; une selle à peine liquide ; langue nette. L'exploration de la poitrine n'y fait rien découvrir d'anormal, elle produit une très-vive douleur dans l'abdomen.

20 avril. — 108 pulsations. Douleur extrêmement vive dans tout le ventre ; abdomen volumineux sans être distendu ; pas de vomissements ; une seule garde-robe ; langue collante. Pas de frisson ; teinte pâle de la face. — Julep avec alcoolature d'aconit ; onction avec l'onguent napolitain.

Le soir. — 120 pulsations, la malade souffre beaucoup du ventre ; vomissements porracés ; selles involontaires. Respiration gênée ; cyanose légère ; matité à la partie inférieure du poumon droit ; souffle, ægophonie. Un peu d'épanchement dans la cavité pleurale gauche, mais beaucoup moins qu'à droite. Tremblotements musculaires.

21 avril. — 116 pulsations ; souffre moins du ventre ; langue humide ; teinte pâle de la face avec stase sanguine dans quelques vaisseaux veineux. La malade se plaint du côté droit : matité ; souffle très-marqué ; quelques bulles de râle crépitant font penser à l'existence d'une pleuro-pneumonie.

Lochies fétides, peu abondantes. — Julep avec 0,15 gramme de tartre stibié; onctions avec l'onguent napolitain belladonisé; eau de camomille chlorurée pour injections vaginales.

Le soir. — La malade souffre beaucoup des reins et du ventre; vomissements verdâtres abondants; diarrhée intense; respiration gênée. État très-grave.

22 avril. — 128 pulsations; ventre volumineux, distendu; la malade ne peut y supporter le poids d'un cataplasme. Un peu de hoquet. Langue très-humide. — Emétique, 0,30 gramme dans un julep; bagnols, 500 grammes.

Mort le 22 avril à 2 heures du soir.

Enfant mort le 26 avril.

Autopsie. — Péritonite avec production d'une grande quantité de sérosité purulente. Phlébite utérine. Aucun abcès métastatique. Cavité de la matrice putrescente. Epanchement pleurétique abondant dans les deux plèvres, surtout à droite. Le poumon est fortement engoué dans son tiers inférieur. Le péricarde contient de la sérosité sanguinolente. Le foie est volumineux, très-graisseux; la rate est friable.

Observation X. — Fièvre puerpérale; frisson initial, peu de douleur de ventre; traitement par le sulfate de quinine; phlegmon de l'avant-bras. Mort; autopsie. — Maternité, salle Sainte-Marthe, n° 11.

Guillois (Marie), 40 ans, domestique, multipare, trois enfants; cette femme habite Paris depuis six mois, elle entre à la Maternité le 22 avril; accouchée le 25 avril pendant la nuit.

Cette femme allait très-bien dans la journée du 25, après son accouchement.

26 avril. — Cette malade a eu ce matin un frisson très-violent qui dure encore pendant la visite; 108 pulsations.

Douleur dans le bas-ventre; langue collante; enduit sur les gencives. — Ipéca, 2 grammes, à mélanger avec 0,10 gr. d'émétique; prendre après les vomissements un julep avec 1 gramme de sulfate de quinine, et 30 grammes de sirop diacode; onctions sur le ventre avec l'onguent napolitain belladonisé; cataplasmes.

Le soir. — 96 pulsations; a bien vomi, pas de selles. Langue nette; aucune douleur de ventre.

27 avril. — 96 pulsations; pas de frisson; pas de douleur de ventre; langue un peu sèche; enduit très-abondant sur les gencives. — Même prescription, moins l'ipéca stibié.

28 avril. — 108 pulsations; pas de frisson; souffre du ventre, surtout à gauche où l'on sent une petite tumeur résistante; l'autre côté présente aussi un peu d'empâtement. Langue peu humide. Pas de vomissements. — Chiendent nitré; julep diacodé; onguent napolitain belladonisé. Un bouillon.

Le soir. — 112 pulsations; pas de vomissements, trois selles. Pas de frisson. Langue grenue.

29 avril. — 116 pulsations; ventre tendu, douloureux. Langue humide, rouge à la pointe. Beaucoup de diarrhée. Dyspnée. — Chiendent miellé nitré; vésicatoire sur le ventre; julep avec 0,10 gramme d'opium; onguent napolitain belladonisé.

Le soir. — 108 pulsations; pas de frisson. Un vomissement, quelques selles. Sueur générale; la malade se trouve mieux.

30 avril. — 120 pulsations; pas de frisson. La malade souffre peu, elle se trouve bien. Langue sèche; teinte jaunâtre de la face. Cyanose, dyspnée; rien à l'examen des poumons.—Même prescription.

Le soir. — 140 pulsations; langue sèche. Phlegmon très-

douloureux à l'avant-bras droit; taches violacées au coude gauche.

Mort le 1er mai à 6 heures du matin.

Enfant mort le 30 avril.

Autopsie. — Péritonite; phlébite utérine. Ovaires suppurés; couche putrescente dans la cavité de l'utérus; foie graisseux; liquide sanguinolent dans le péricarde; rien dans les plèvres, ni dans les poumons. Infiltration purulente dans toute la partie radiale de l'avant-bras. Pas d'abcès métastatique.

Observation XI. — Fièvre puerpérale; frisson léger, pas de vomissements, douleur abdominale médiocre, dyspnée; émissions sanguines; mort. — Maternité, salle Sainte-Marthe, n° 1.

Parrot, 28 ans, domestique, primipare, à Paris depuis deux mois, entrée à la Maternité le 30 avril; accouchée le même jour.

1er mai. — A midi, frisson de courte durée; douleurs dans les reins; céphalalgie; peau chaude, tissus injectés; 140 pulsations. — Saignée à 6 heures du soir; 30 sangsues à 10 heures.

2 mai. — 140 pulsations; la malade se trouve un peu mieux; pas de frisson. Douleur dans le ventre, surtout du côté droit; pas de vomissements; pas de selles. — Limonade sucrée; 30 sangsues.

Le soir. — 140 pulsations environ; pas de frisson. La malade se trouve soulagée; langue très-nette, un peu sèche. L'utérus est très-dur, très-rétracté, fort douloureux; douleur médiocre dans le reste du ventre; pas de vomissements. Un peu d'anxiété dans la respiration; une épistaxis. — 20 sangsues.

3 mai. — 120 pulsations; pas de frisson; langue humide;

gencives gonflées et rouges. Utérus toujours très-dur et douloureux; pas de douleur dans le reste du ventre; pas de vomissements. — Limonade, sirop; 5 ventouses scarifiées sur l'abdomen; diète.

Le soir. — Pouls fréquent; peau chaude; langue à moitié sèche. La malade ne souffre pas. — 10 ventouses scarifiées sur l'abdomen.

4 mai. — Fièvre modérée; pas de frisson; langue bonne, humide; pas de vomissements; facies bon. La malade demande à manger. — Limonade, sirop; onguent napolitain belladonisé en frictions. Diète.

5 mai. — 132 pulsations; ventre souple, peu douloureux; pas de selles. — Même prescription.

Le soir. — Depuis ce matin l'état de la malade est complétement changé. Pouls très-fréquent, filiforme; douleur de ventre avec ballonnement; quelques nausées; anxiété extrême; face cyanosée; odeur cadavérique. — Vésicatoire aux mollets.

Mort le 6 mai à 4 heures du matin.

Enfant mort-né.

Autopsie. — Péritonite; phlébite; sérosité sanguinolente dans le péricarde; foie et rate volumineux et ramollis; foie graisseux et tacheté; ovaires suppurés; les trompes utérines sont suppurées et contiennent de la sanie. Rien à l'intestin; rien au poumon. Cerveau normal.

Observation XII. — Fièvre puerpérale; trois frissons, très-vive douleur de ventre, vomissements. Mort; abcès métastatiques. — Maternité, salle Sainte-Marie, n° 31.

Bernard, 20 ans, blanchisseuse, primipare, depuis six ans à Paris, entrée à la Maternité le 24 septembre. Accouchée le

25 septembre, à 2 heures du matin ; le travail a duré deux heures.

Dans la nuit du 25 au 26, frisson, précédé de deux heures environ par la douleur abdominale, vive surtout dans le côté gauche.

26 septembre. — 128 pulsations; pouls médiocrement résistant; sueur abondante; langue légèrement blanchâtre et ventre douloureux, surtout à gauche. — Eau de groseilles, deux pots ; saignée, 200 grammes; onguent napolitain belladonisé; cataplasmes.

Le soir. — 128 pulsations; frisson d'une heure de durée.

27 septembre. — 116 pulsations; pouls mou, dépressible; pas de frisson; ventre peu volumineux, très-douloureux. Pas de vomissements, selles fréquentes. — Riz sp. de coings, deux pots ; julep avec 1,50 gramme de perchlorure de fer; vésicatoire sur le ventre; onguent napolitain belladonisé; 2/4 de lavement avec 2 grammes de perchlorure de fer.

Le soir. — 104 pulsations. Pas de frisson; même état.

28 septembre. — 112 pulsations; frisson pendant la visite. Ventre très-douloureux; un vomissement bilieux; peau cyanosée. — Riz sp. de coings; julep avec 0,15 gramme d'extrait thébaïque; onguent napolitain belladonisé; 2 lavements avec 2 grammes de perchlorure de fer; diète.

Le soir. — 104 pulsations. Pas de frisson; ventre tellement douloureux, qu'il est impossible d'y toucher. Vomissements et selles fréquentes. Respiration gênée. — Opium 0,10 gr. en 4 pilules.

29 septembre. — 116 pulsations; pas de frisson ; la malade a dormi pendant la nuit. Ventre volumineux, sonore, très-douloureux. — Julep gommeux ; opium 0,30 en six pilules; onguent napolitain belladonisé pour onctions ; 2/4 de lavement avec 2 grammes de perchlorure de fer.

Le soir. — 124 pulsations; vomissements fréquents.

30 septembre. — 148 pulsations; pouls très-petit; pas de frisson; langue sèche; ventre extrêmement douloureux; hoquet; vomissements fréquents, abondants, verdâtres. Respiration difficile. Cris. — Riz sp. de coings; opium 0,40 en 8 pilules; glace; eau de Seltz.

Le soir. — Délire; extrémités froides; pas de vomissements, pas de selles.

Mort le 30, à 9 heures et demie du soir.

Autopsie. — Abdomen très-volumineux, tendu, contenant une très-grande quantité de gaz. Intestins grêles finement injectés. Péritonite avec épanchement abondant. Épanchement dans les deux plèvres. Deux abcès métastatiques à la base du poumon droit, placés immédiatement sous la plèvre pulmonaire; phlébite utérine; sanie fétide dans la cavité de la matrice; foie graisseux.

Observation XIII. — Fièvre puerpérale; douleur aux hypochondres, dyspnée; deux frissons erratiques au début. Mort. — Maternité, salle Sainte-Marthe, nº 6.

Rigaut, 30 ans, lingère, primipare, depuis 8 ans à Paris, entrée à la Maternité le 25 septembre. Accouchement normal le 26 à 7 heures du matin; le travail a duré neuf heures.

Le 26 cette femme allait très-bien; dans la nuit du 26 au 27, quelques frissons erratiques sans réaction fébrile. La journée du 27 se passa bien. Pas de médication. Quatre bouillons.

28 septembre — 120 pulsations; quelques petits frissons pendant la nuit; peau chaude, halitueuse. Langue large, humide, un peu sale sur le milieu; gencives gonflées et rouges; ventre souple; un peu de sensibilité à l'hypogastre; pas de vomissements; une selle normale; rien aux poumons. La ma-

lade a bien dormi pendant la nuit. — Gomme sp. 2 pots; ipéca 2 grammes avec émétique 0,05 gramme ; onguent napolitain belladonisé; cataplasme sur le ventre ; une cuillerée de solution d'acide chromique.

29 septembre. — 136 pulsations; pas de frisson; langue large, humide; gencives tuméfiées. Douleur à l'hypochondre gauche ; utérus à trois travers de doigts au-dessus des pubis; pas de vomissements. La malade a faim. — Gomme sp.; 3 cuillerées de solution d'acide chromique; onguent napolitain belladonisé en friction; diète.

Le soir. — 116 pulsations; pas de frisson ; langue large, humide ; ventre volumineux, douloureux à la pression ; les hypochondres sont très-sensibles.

30 septembre. — 116 pulsations ; pas de vomissements ; coliques et diarrhée; un peu de gêne dans la respiration. — Gomme sp. 2 pots ; 3 cuillerées de solution d'acide chromique; diascordium, 5 grammes; vésicatoire sur le ventre ; onguent napolitain belladonisé ; diète.

Le soir. — 112 pulsations ; pas de frisson ; 36 inspirations ; langue humide ; souffre un peu moins du ventre ; pas de vomissements ; deux selles.

1er octobre. — 84 pulsations ; pas de frisson ; ventre douloureux ; pas de vomissements; deux selles; dyspnée. — Même prescription.

2 octobre. — 112 pulsations ; pas de frisson; langue humide; ventre très-douloureux; pas de vomissements ; pas de selles ; un peu de dyspnée ; douleur dans le côté droit de la poitrine; matité en arrière avec un peu de retentissement de la voix. — Gomme sucrée, 2 pots, 5 cuillerées de solution d'acide chromique ; diascordium, 5 grammes ; onguent napolitain belladonisé ; vésicatoire sur le côté droit de la poitrine ; deux bouillons.

Le soir. — 128 pulsations ; pas de frisson ; peau froide ; langue humide ; pas de vomissements.

3 octobre. — 132 pulsations ; pas de frisson ; langue humide, rouge ; ventre tendu, nullement douloureux ; pas de vomissements ; pas de selles ; sueur froide, abondante sur la face ; mains froides ; pommettes cyanosées. — Eau rougie sucrée ; vin de Bordeaux, 100 grammes ; deux bouillons.

Le soir. — 132 pulsations ; 48 inspirations ; langue humide et froide ; ventre tendu, peu douloureux ; nausées sans vomissements ; selles nombreuses, brunâtres. Peau froide ; lèvres violacées, extrémités cyanosées. — Bordeaux ; opium 0,05 gramme en une pilule.

Mort le 3, à 9 heures et demie du soir.

Autopsie. — Péritonite ; injection de la séreuse ; pus dans la cavité abdominale ; utérus complétement sain, ferme, rosé ; muqueuse stomacale un peu rouge, rien dans le reste de l'intestin ; sérosité sanguinolente dans le péricarde ; quelques plaques purulentes dans la plèvre droite, avec un peu d'épanchement ; rien dans les poumons. Les autres organes sont sains.

SECTION IV.

OBSERVATIONS DE FIÈVRE PUERPÉRALE SUIVIE DE MORT, TRAITEMENT PAR LE SULFATE DE QUININE.

Dans la section précédente, on a pu remarquer quelques observations dans lesquelles la médication par le sulfate de quinine avait été déjà employée, mais ce traitement ayant été institué avant que M. Beau eût donné sa formule pour l'emploi du sulfate de quinine, nous avons cru que nous devions séparer ces faits de ceux que nous allons rapporter mainte-

nant, et dans lesquels le médicament a été prescrit suivant les préceptes de M. Beau.

Observation XIV. — Fièvre puerpérale; traitement par le sulfate de quinine. Mort rapide. — Maternité, salle Sainte-Marie, nº 27.

(1856.) Béraud, 24 ans, confectionneuse, primipare, depuis 6 ans à Paris, entrée à la Maternité le 23 septembre; accouchement le 24 septembre, à dix heures et demie du matin; le travail a duré onze heures et demie. Bonne santé antérieure.

Le 24 septembre, à onze heures du soir, frisson initial de dix minutes de durée; douleur de ventre.

25 septembre. — 120 pulsations; douleur tellement vive dans le ventre, que tout palper est impossible; vomissements incessants. — Eau de groseilles, 2 pots; ipéca stibié; vésicatoire abdominal; julep avec 1,50 gramme de sulfate de quinine à prendre en trois fois.

Le soir. — 124 pulsations; pas de frisson; douleur un peu moins vive dans le ventre; les vomissements sont arrêtés depuis que l'effet du vomitif a cessé; bourdonnements d'oreilles.

26 septembre. — 144 pulsations; frisson de trois quarts d'heure de durée le matin; langue sèche; douleur moins vive dans le ventre; face cyanosée; 60 inspirations; tintements d'oreilles. — Julep avec 2 grammes de sulfate de quinine; idem pour le reste.

Le soir. — 140 pulsations; pas de frisson; pas de douleur de ventre; vomissements bilieux très-fréquents; dyspnée considérable; rien aux poumons; surdité; bourdonnements d'oreilles.

Mort le 27, à 6 heures du matin.

Enfant mort le 8 octobre.

Autopsie. — Le ventre est médiocrement distendu. Le cadavre est couvert de sugillations; l'ouverture du péritoine laisse échapper une grande quantité de sérosité jaunâtre, purulente, fétide. Les intestins sont distendus par du gaz, couverts d'arborisations vasculaires peu fines. L'utérus est volumineux, flasque ; un petit amas de liquide purulent soulève le péritoine viscéral sur la face postérieure de l'organe. Il faut couper l'utérus avec soin pour y trouver des traces de pus, soit dans les veinules, soit dans le parenchyme même de l'utérus, au niveau de l'insertion des ligaments larges. La cavité utérine présente un détritus noirâtre, purulent par places. Les veines cave inférieure, iliaques et hypogastriques étaient parfaitement saines ; les parois de ces vaisseaux ont leur coloration normale. Les plèvres et le péricarde contiennent une assez grande quantité de sérosité sanguinolente; pas d'autres lésions. Rien dans les reins; la rate est ramollie ; le foie est volumineux, friable; on peut facilement enlever la capsule de Glisson. La substance du foie présente l'aspect suivant : on croit voir de nombreux points saillants, jaunâtres, du volume d'une tête d'épingle ; les saillies apparentes sont arrondies avec quelques inégalités à la périphérie. Entre ces saillies se trouvent des points rougeâtres ; plaques jaunes en certains endroits, surtout au-dessous de la capsule de Glisson. Le tissu hépatique est fortement chargé de graisse.

Observation XV. — Fièvre puerpérale ; traitement par le sulfate de quinine. Mort. — Maternité, salle Sainte-Marie, nº 18.

Balant, 28 ans, domestique depuis un an à Paris, entrée à la Maternité le 23 septembre, accouchée le 24, à midi.

Cette malade ressentit quelques douleurs de ventre dans la

nuit du 24 au 25 ; le 25, à 11 heures du matin, frisson léger, soif, céphalalgie.

25 septembre, le soir. — 136 pulsations; langue collante; très-vive douleur de ventre; un vomissement bilieux; pas de selles. — Gomme sp. 2 pots ; ipéca, 2 grammes avec émétique 0,05 gramme ; après le vomitif, faire prendre dans la nuit, en deux fois, un julep avec 1 gramme de sulfate de quinine.

26 septembre. — 120 pulsations ; pas de frisson ; langue collante ; douleur vive à la région hypogastrique ; utérus volumineux ; soif vive ; étourdissements et bourdonnements d'oreilles.—Chiendent miellé nitré ; julep avec 1,50 gramme de sulfate de quinine, en 3 doses ; vésicatoire sur le ventre; onctions sur les cuisses, avec l'onguent napolitain belladonisé ; diète.

Le soir. — 112 pulsations; même état.

27 septembre. — 108 pulsations ; pas de frisson ; langue un peu collante ; ventre très-douloureux ; pas de vomissements; pas de selles; pas de bourdonnements d'oreilles. — Julep avec 2 grammes de sulfate de quinine en 3 doses; julep avec 1 gramme de perchlorure de fer ; idem pour le reste.

Le soir. — 112 pulsations; ventre très-douloureux ; pas de vomissements ; cyanose ; dyspnée.

28 septembre. — A eu un vomissement hier soir; se trouve mieux ce matin ; 100 pulsations; pas de frisson ; face cyanosée ; pas de bourdonnements d'oreilles. — Julep avec 2,50 grammes de sulfate de quinine ; idem pour le reste.

Le soir. — 108 pulsations ; la malade vomit chaque fois qu'elle prend son julep au sulfate de quinine; néanmoins, elle a du délire et des bourdonnements d'oreilles.

29 septembre. — Le pouls est à 128; pas de frisson, langue un peu visqueuse; ventre volumineux, légèrement tendu,

médiocrement douloureux à la pression; pas de vomissements; mains violacées. — Julep au sulfate de quinine 2,50 grammes.

Le soir. — 124 pulsations; pas de frisson; pas de vomissements; agitation; délire; cris continuels; surdité très-prononcée.

Mort le 29, à 9 heures du soir.

Autopsie. — Péritonite; phlébite utérine; foie volumineux, graisseux; quelques plaques purulentesdans les plèvres; sérosité sanguinolente dans le péricarde; rien ailleurs.

Observation XVI. — Fièvre puerpérale; traitement par le sulfate de quinine. Mort. — Maternité, salle Sainte-Marie, nº 32.

Fabre, 18 ans, lingère, primipare, née à Paris, entrée à la Maternité le 24 septembre, accouchée le 24 septembre, à une heure du soir; durée du travail, 8 heures.

25 septembre. — Cette femme allait très-bien, n'éprouvait aucun accident, quand elle fut prise, le 25, à neuf heures du soir, d'un frisson prolongé, suivi de douleurs de ventre.

26 septembre. — 160 pulsations, langue collante, ventre médiocrement douloureux à la pression; pas de vomissements, pas de selles. — Chiendent miellé nitré, deux pots; ipéca, 2 grammes avec émétique 0,05 gramme; julep avec 1,50 de sulfate de quinine, en 3 doses; cataplasmes; onction sur le ventre avec l'onguent napolitain belladonisé; diète.

Le soir. — 132 pulsations; pas de frisson; pas de vomissements depuis l'ipéca; selles nombreuses.

27 septembre. — 132 pulsations; langue large, humide, blanchâtre; ventre souple, un peu volumineux, très-sensible à la pression; bourdonnements d'oreilles. — Gomme sp. 2 pots; julep, avec 2 grammes de sulfate de quinine et opium

0,05, en 3 doses; cataplasmes sur le ventre; onguent napolitain belladonisé; diète.

Le soir. — Surdité; même état.

28 septembre. — 132 pulsations; pas de frisson; ventre résistant, douloureux, surtout à l'épigastre et aux hypochondres; pas de vomissements; deux selles; 48 inspirations; rien aux poumons; surdité. — Même prescription.

Le soir. — 128 pulsations; bourdonnements d'oreilles et surdité. — Même état.

29 septembre. — 144 pulsations; pas de frisson; langue sèche; ventre tendu, météorisé, douloureux aux hypochondres; nausées sans vomissements; surdité et bourdonnements d'oreilles. — Même prescription; on continue le sulfate de quinine.

Le soir. — 140 pulsations; pas de frisson; langue sèche; surdité et bourdonnements d'oreilles.

30 septembre. — 140 pulsations; pouls résistant; pas de frisson; langue sèche, fendillée; ventre tendu, météorisé, douloureux; deux vomissements bilieux ce matin; bourdonnements d'oreilles. — Même prescription; on continue le sulfate de quinine à la dose de 2 grammes.

Le soir. — 132 pulsations; pas de frisson; étouffement; hydrargyrie confluente sur la peau de l'abdomen.

Mort le 1er octobre, à 5 heures du matin.

Autopsie. — Péritonite étendue à tout le péritoine; liquide purulent en grande abondance dans l'abdomen; foie volumineux, graisseux; rate diffluente; phlébite utérine; putrescence dans la cavité de l'utérus; rien dans les poumons.

Observation XVII. — Fièvre puerpérale; traitement par le sulfate de quinine; mort. — Maternité, salle Sainte-Marthe, n° 5.

Romette, 22 ans, journalière, multipare, depuis un an à

Paris, entrée à la Maternité le 18 octobre, accouchée le 22 octobre; durée du travail, 10 heures; aucun accident.

Dans la même journée, frisson qui dure deux heures, douleur hypogastrique au niveau de l'utérus. — Ipéca stibié; julep avec 1,50 grammes de sulfate de quinine.

23 octobre. — 128 pulsations; pas de frisson; douleur hypogastrique; pas de vomissements; surdité. — Limonade sp. 2 pots; onguent napolitain belladonisé; julep avec 2 grammes de sulfate de quinine.

24 octobre. — 104 pulsations; pas de frisson; 32 inspirations, ventre douloureux, surtout à la région hypogastrique; pas de vomissements; dix selles; surdité; bourdonnements d'oreilles; toux; rien aux poumons. — Même prescription.

24 octobre, soir. — Même état.

25 octobre. — 100 pulsations; pouls irrégulier; 36 inspirations; dyspnée; rien à l'examen du cœur et des poumons; pas de frissons; ventre très-douloureux, surtout à la région sous-ombilicale; surdité prononcée. — Même prescription.

26 octobre. — 112 pulsations; pouls petit, irrégulier; pas de frissons; dyspnée considérable; rien aux poumons; ventre très-douloureux; pas de vomissements; selles involontaires. — Julep avec 2 grammes de sulfate de quinine, en 3 doses; vin de Bordeaux, 100 grammes; sinapisme; diète.

Morte le 26 octobre, à onze heures et demie du matin.

Enfant mort le 8 octobre.

Autopsie. — Péritonite; flocons purulents nombreux et bien formés; phlébite utérine; putrescence dans la cavité de l'utérus; rien aux poumons et au cœur; foie volumineux et graisseux.

SECTION V.

OBSERVATIONS DE CAS GRAVES, SUIVIS DE GUÉRISON.

Observation XVIII. — Fièvre puerpérale grave; guérison. — Maternité, salle Sainte-Marthe, n° 6.

Delamarre, 28 ans, lingère, multipare, depuis huit ans à Paris, entrée à la Maternité le 12 avril, accouchée le 12 avril. Accouchement facile.

Immédiatement après l'accouchement, tranchées utérines assez fortes; un léger frisson le lendemain ou le surlendemain suivi de fièvre et de douleur de ventre. — Julep opiacé.

Le 18 avril. — Même état. — Ipéca. — L'administration du vomitif avait été retardée à cause de la rougeur de la langue.

Le 19 avril. — Passage à l'infirmerie le 19, à 6 heures du matin; à la visite on trouve : 116 pulsations; douleurs de ventre assez vives; langue sèche, rapeuse. Pendant la nuit, vomissements verdâtres; selles nombreuses et diarrhéïques. L'utérus remonte au-dessous de l'ombilic. — Chiendent miellé; julep diacode avec 3 grammes d'alcoolature d'aconit; frictions avec l'onguent napolitain sur tout le ventre.

Le soir. — 152 pulsations; douleur spontanée à l'épigastre, réveillée dans les autres parties du ventre par une pression modérée; l'abdomen n'est ni volumineux ni tendu; langue sèche, bleuâtre; vomissements nombreux; diarrhée fréquente. La malade se trouve beaucoup plus mal; face cyanosée, refroidie; ongles bleuâtres; dyspnée; rien à la poitrine.

20 avril. — 108 pulsations; pas de frisson; ventre simple

et médiocrement douloureux; langue collante et un peu bleuâtre; pas de vomissements; selles involontaires. — Chiendent miellé nitré, deux pots; julep avec alcoolature d'aconit.

Le soir. — 104 pulsations; pas de frisson; à peine de douleur dans le ventre; un seul vomissement; langue sèche ainsi que les gencives; face cyanosée, mais moins qu'hier; respiration gênée; rien aux poumons.

21 avril. — 96 pulsations; pas de frisson; souffre moins du ventre; vomissements pendant la nuit; langue sèche et bleuâtre; teinte asphyxique de la face. — Julep avec alcoolature d'aconit; onctions avec l'onguent napolitain.

Le soir. — 120 pulsations; quelques frissons erratiques pendant la journée; pas de vomissements; une seule garde-robe; langue moins sèche, encore bleuâtre.

22 avril. — 112 pulsations; pas de frissons; beaucoup moins de douleur de ventre; langue rouge, sèche, fendillée; pas de vomissements; pas de selles; l'utérus remonte au niveau de l'ombilic; les intestins sont distendus; la malade se sent beaucoup mieux; lochies normales; pas de lait. — Eau sucrée; calomel, 0,50 gramme; julep avec alcoolature d'aconit; onctions avec l'onguent napolitain belladonisé; injections vaginales avec eau de camomille chlorurée; bouillon.

Le soir. — Se trouve beaucoup mieux; langue sèche; lèvres bleuâtres; pas de vomissements; une seule selle diarrhéïque.

23 avril. — 104 pulsations; la malade a bien reposé pendant la nuit; à peine de douleur de ventre; langue toujours sèche, restant cependant pendant quelque temps humide après que la malade a bu. — Julep avec alcoolature d'aconit; opium, 0,025 gramme en une pilule.

Le soir. — 112 pulsations; même état; ventre dur, un

peu douloureux ; on ne sent pas l'utérus ; pas de tympanite.

24 avril. — Même état. — Julep diacodé avec alcoolature d'aconit ; bagnols ; opium, 0,05 gramme.

25 avril. — 112 pulsations ; pas de frisson ; langue toujours sèche ; même état. — Même prescription.

26 avril. — 108 pulsations; pas de frisson ; ne souffre pas du ventre ; a beaucoup vomi pendant la nuit, sans cause appréciable ; face bleuâtre, plus injectée que les autres jours. — Eau sucrée, 2 pots ; julep avec alcoolature d'aconit ; bagnols, 100 gr. ; opium, 0,05.

Le soir. — 96 pulsations ; pas de frisson ; pas de douleurs de ventre ; langue fendillée, très-sèche ; pas de vomissements ; selles diarrhéïques nombreuses. La malade se trouve mieux.

27 avril. — 100 pulsations ; pas de douleurs de ventre. La malade va mieux. — Même prescription.

28 avril. — 96 pulsations ; pas de douleurs de ventre ; la sécheresse de la langue persiste. — Julep avec alcoolature d'aconit ; opium, 0,05 ; bagnols, 100 gr. ; 4 bouillons.

29 avril. — 94 pulsations ; pas de frisson ; pas de douleurs de ventre ; langue un peu humide. Bon sommeil pendant la nuit ; teinte encore asphyxique à la face. — Même prescription.

30 avril. — Va bien. Langue encore sèche ; on permet à la malade de se lever. — Eau rougie, sp. ; bagnols, 100 gr. ; opium, 0,05 gr. ; 2 bouillons ; 2 potages.

1er mai. — État satisfaisant ; la langue reste cependant sèche. — Même prescription ; une portion d'aliments.

2 mai. — La malade va de mieux en mieux.

3 mai. — La langue est encore sèche ; cependant la malade est assez bien pour qu'on lui permette de partir en voiture.

Exeat.

Enfant mort le 17 avril.

Observation XIX. — Fièvre puerpérale grave; traitement par le sulfate de quinine; guérison. — Maternité, salle Sainte-Marthe, n° 13.

(1856.) Gilardet, 23 ans, lingère, multipare, habitant Paris depuis 3 ans; entrée à la Maternité le 6 octobre; accouchée le 7 octobre à 5 heures et demie du matin; 12 heures et demie de travail.

Bonne santé pendant la grossesse. Dans la journée du 7, douleur vive dans le côté droit de l'abdomen. Le soir du même jour, quelques petits frissons : langue sale, bouche amère. — Ipéca.

8 octobre. — 140 pulsations; pas de frisson; langue blanche, un peu humide. Douleur vive de l'abdomen, surtout à la région hypogastrique; utérus volumineux. — Eau de groseilles, 2 pots; eau de Sedlitz, une bouteille; julep avec sulfate de quinine, 1,75 gr.; cataplasmes sur le ventre; onction avec l'onguent napolitain belladonisé; injections vaginales avec l'eau de camomille chlorurée; diète.

9 octobre. — 112 pulsations; pas de frisson; langue humide; douleur abdominale vive, ne permettant pas la palpation; pas de vomissements; six selles; quelques coliques font pousser des cris à la malade; anxiété; dyspnée; pas de surdité; pas de bourdonnement d'oreilles. — Julep avec 2 gr. de sulfate de quinine et opium, 0,05 gr. Vésicatoire sur le ventre; onction sur les cuisses avec l'onguent napolitain belladonisé; 2 1/4 lavements amidonnés; injections chlorurées; diète.

Le soir. — 108 pulsations; pas de frisson; douleur abdominale très-vive; pas de vomissements; plusieurs selles; facies altéré.

10 octobre. — 88 pulsations; pas de frissons; langue humide; douleur vive dans le ventre; pas de vomissements; quelques selles. Bourdonnements d'oreilles depuis le matin. — Même

prescription : on porte la dose de sulfate de quinine à 2,25.

Le soir. — 108 pulsations ; pas de frissons ; nausées sans vomissements ; pas de selles ; ventre extrêmement douloureux à l'épigastre et aux hypochondres ; respiration gênée ; rien aux poumons. Bourdonnements d'oreilles ; un peu de surdité.

11 octobre. — 88 pulsations ; pas de frisson ; langue humide, un peu sale ; douleurs moins vives à l'épigastre et aux hypochondres ; nausées sans vomissements ; pas de selles. — Même prescription ; 2 bouillons.

Le soir. — 96 pulsations ; pas de frisson ; douleurs abdominales encore assez vives ; pas de lait. Lochies séro-sanguinolentes. La malade se sent beaucoup mieux.

12 octobre. — 80 pulsations ; pas de frisson ; langue humide ; ventre ballonné, douloureux encore à l'épigastre et aux hypochondres ; nausées presque continuelles, sans vomissements ; pas de selles. Larges eschares à la vulve. Bourdonnements d'oreilles ; surdité. — Eau rougie, sp., 2 pots. Idem pour le reste ; on continue le sulfate de quinine.

Le soir. — 96 pulsations ; pas de frisson ; pas de vomissements ; une selle. Un peu de dyspnée. Matité à la base du poumon droit, produite peut-être par le foie, car on entend le murmure respiratoire, avec ses caractères normaux, jusqu'à la base du poumon. Au même endroit on perçoit un bruit de frottement très-rude dans l'inspiration, moins fort dans l'expiration, que je soupçonne être produit par les fausses membranes développées entre la face convexe du foie et le diaphragme. — Bourdonnements d'oreilles ; surdité.

13 octobre. — Fièvre ; pas de frisson ; langue humide ; ventre encore très-volumineux et douloureux ; pas de vomissements ; une selle. La poitrine présente les mêmes symptômes qu'hier, surdité et bourdonnements d'oreilles. — Même prescription.

Le soir. — 96 pulsations ; 32 inspirations ; pas de frisson ; langue nette ; ventre beaucoup moins douloureux ; dyspnée ; le bruit de frottement a presque disparu. Surdité.

14 octobre. — 96 pulsations ; pas de frisson ; langue humide ; aucune douleur de ventre ; envies de vomir presque continuelles ; trois selles. Surdité, bourdonnements d'oreilles. — Même prescription, on continue le sulfate de quinine à la dose de 2,25 gr.

Le soir. — Même état.

15 octobre. — 104 pulsations ; pas de frisson ; langue humide ; légère douleur abdominale ; pas de vomissements ; deux selles. Soubresauts des tendons. Eschares à la vulve, profondes et taillées à pic. — La malade prenant son julep avec beaucoup de répugnance, on prescrit le sulfate de quinine en pilules.

16 octobre. — 84 pulsations ; pas de frisson ; la malade se trouve très-bien. Délire quinique ; surdité ; bourdonnements d'oreilles. — Même prescription.

Le soir. — 80 pulsations ; déjections involontaires ; hallucinations ; surdité ; bourdonnements d'oreilles. — Lochies supprimées.

17 octobre. — 96 pulsations ; pas de frisson ; pas de vomissements ; pas de selles. Délire pendant toute la nuit ; surdité. La malade ne souffre nulle part ; langue collante ; narines pulvérulentes.

Le soir. — 84 pulsations ; pas de frisson. — Même état.

18 octobre. — 80 pulsations ; pas de frisson ; aucune douleur ; pas de vomissements. Délire pendant toute la nuit. — Même prescription.

19 octobre. — 84 pulsations. Même état. — On réduit la dose du sulfate de quinine à 1,75 gr. ; même prescription pour le reste.

20 octobre. — 76 pulsations. Le délire et la surdité ont disparu ; eschares au sacrum. — Eau rougie, sp., 2 pots ; sulfate de quinine, 1,50 gr. ; 2/4 de lavements amidonnés avec 6 gouttes de laudanum ; injection avec l'eau de camomille chlorurée ; vin de Bordeaux, 60 gr. 2 bouillons ; 2 potages.

21 octobre. — 76 pulsations ; pas de frisson ; aucune douleur ; pas de vomissements ; pas de surdité. — On réduit la dose du sulfate de quinine à 1 gr.

22 octobre. — Cette femme va très-bien. — On cesse le sulfate de quinine. Une portion.

Exeat. Guérie.

Enfant mort le 16 octobre 1856.

Observation XX. — Fièvre puerpérale grave ; traitement par le bichromate de potasse. Guérison. — Maternité, salle Sainte-Marthe, n° 7.

Freimann, 21 ans, couturière, primipare, habitant Paris depuis trois ans. Entrée à la Maternité le 17 septembre ; accouchement normal le 2 octobre. Durée du travail, 9 heures.

La veille de son accouchement, cette femme avait eu un frisson avec claquement de dents, suivi de fièvre vive.

3 octobre. — Pouls fréquent, vibrant, résistant ; tissus injectés ; céphalalgie ; douleur hypogastrique. — Une saignée.

4 octobre. — Fièvre. Même état. Quelques frissons erratiques. — Ipéca.

5 octobre. — Même état. — Expectation.

6 octobre. — 112 pulsations, pouls ferme ; langue collante ; aucune douleur de ventre ; 6 selles. — Riz sp. de coings ; julep avec 3 gr. d'alcoolature d'aconit ; 2 quarts de lavements amidonnés avec 10 gouttes de laudanum, cataplasmes sur le ventre. Diète.

Le soir. — 116 pulsations. Pas de frisson ; langue humide ;

pas de douleur de ventre ; pas de vomissements ; pas de selles.

7 octobre. — 108 pulsations. Pouls large, mou, pas de frisson ; langue collante ; pas de vomissements ; pas de selles. — Riz sp. de coings ; julep avec 3 grammes d'alcoolature d'aconit ; cataplasme sur le ventre ; injections vaginales avec de l'eau de camomille chlorurée.

8 octobre. — 100 pulsations ; pas de frisson ; pas de vomissement. Même prescription. Deux bouillons, 2 potages.

9 octobre. — 100 pulsations ; pas de frisson ; langue humide ; pas de douleur de ventre ; pas de vomissement ; seins gonflés, douloureux ; lait abondant. Même prescription.

10 octobre. — 88 pulsations. La malade se trouve moins bien. Pas de frisson ; langue humide, très-rouge sur les bords ; douleur dans les reins et sur les parties latérales de l'utérus qui remonte à deux travers de doigts au-dessus du pubis. — Riz sp. de coings, deux pots ; julep diacodé ; trois cuillerées de solution de bichromate de potasse ; cataplasme sur le ventre. Un bouillon, un potage.

Le soir.— 104 pulsations. Pas de frisson ; langue humide ; ventre souple, un peu douloureux à l'hypogastre ; aucune douleur aux hypochondres ; deux vomissements immédiatement après l'ingestion de la première cuillerée de la solution de bichromate de potasse. Pas de selles.

11 octobre. — 84 pulsations ; pas de frisson ; langue humide ; aucune douleur de ventre. Pas de vomissements. Bon sommeil. Même prescription.

Le soir. — La malade se trouve bien ; elle ne se plaint que des seins qui sont gorgés de lait. Lochies peu abondantes, blanchâtres, non fétides.

12 octobre. — 84 pulsations. Pas de frisson ; pas de douleur de ventre ; un vomissement hier soir ; la malade se sent très-faible. Même prescription.

13 octobre. — 100 pulsations. Pas de frisson; pas de vomissements; une selle; aucune douleur de ventre. La malade se trouve mieux. Même prescription.

14 octobre. — 84 pulsations; état satisfaisant. — Julep diacodé; bordeaux, 100 grammes; deux bouillons, deux soupes ; une côtelette.

15 octobre. — Etat excellent. — Une portion. On permet à la malade de se lever.

16 octobre. Le soir. — Frisson intense d'une demi-heure de durée ; la malade se plaint d'une vive douleur dans l'épaule droite; rien d'appréciable dans cette partie au palper ou à la vue. Aucune douleur de ventre; pas de vomissements. Respiration normale.

17 octobre. — 108 pulsations ; pas de frisson ; langue nette ; pas de vomissements ; rien aux poumons; face pâle, fatiguée. — Chiendent nitré, deux pots; trois cuillerées de la solution de bichromate de potasse ; onction avec l'onguent napolitain belladonisé; cataplasmes laudanisés; injection vaginale, avec l'eau de camomille chlorurée ; deux bouillons, un potage.

Le soir. — 100 pulsations; même état. Un vomissement une heure après avoir pris une cuillerée de la solution prescrite.

18 octobre. — 100 pulsations ; pas de frisson. Se plaint de l'hypochondre droit ; pas de vomissements; 6 selles. Même prescription.

Le soir.—112 pulsations; pas de frisson ; se trouve mieux ; un peu de toux, un peu de gêne de la respiration ; rien aux poumons. Un vomissement après avoir pris une cuillerée de la solution de bichromate de potasse. Selles nombreuses; quelques coliques. Lavement laudanisé.

19 octobre. — 104 pulsations. Même état; quelques vomissements verdâtres. — Même prescription.

20 octobre. — Même état ; toujours quelques vomissements. Même prescription.

21 octobre. — 108 pulsations. Un frisson dans la journée d'hier. Aucune douleur de ventre. Plus de vomissements. — Gomme sp. deux pots; julep diacodé ; 2 quarts de lavement avec 10 gouttes de laudanum; 1 lavement avec 1 gramme sulfate de quinine; 2 bouillons, 2 potages.

22 octobre. — 124 pulsations ; pas de frisson ; bon sommeil pendant la nuit ; très-légère douleur de ventre ; pas de vomissements; respiration facile ; quelques bulles de râle sonore disséminées dans les deux poumons. — Gomme sp. 2 pots ; julep diacodé ; lavement avec un gramme de sulfate de quinine.

23 octobre. — Même état. — Même prescription.

24 octobre. — Se trouve très-bien. — Idem.

25 octobre. — 88 pulsations. La malade se trouve beaucoup mieux ; pupilles un peu dilatées. — Eau de Seltz ; julep avec 3 grammes d'alcoolature d'aconit.

26 octobre. — 92 pulsations. Etat excellent. — Eau rougie sp. 2 pots; julep avec 3 grammes d'alcoolature d'aconit ; 2 bouillons, 2 potages.

29 octobre. — Exeat, guérie.

Enfant mort le 11 octobre 1856.

Observation XXI. — Fièvre puerpérale grave ; traitement par le bichromate de potasse. Guérison. — Maternité, salle Sainte-Marthe, n° 12.

Hautemanière, 21 ans, culottière, primipare, depuis deux ans à Paris, entrée à la Maternité le 5 septembre 1856; accouchée le 26 septembre.

Depuis l'accouchement, le pouls est resté fréquent.

Le 30 septembre. — Malaise. — Ipéca.

Dans la nuit du 30 septembre au 1er octobre, un frisson d'une heure de durée. — Une nouvelle dose d'ipécacuanha.

2 octobre. — 120 pulsations ; langue collante, recouverte d'un enduit jaunâtre ; gencives gonflées, sans enduit. Aucune douleur de ventre ; on peut palper l'abdomen dans tous les sens. Peau chaude ; lait abondant ; quelques petites escharres à la vulve. — Eau de groseilles, sp. 2 pots ; eau de Sedlitz une bouteille ; cataplasmes sur le ventre ; un bouillon.

3 octobre. — 96 pulsations ; pas de frisson ; langue humide ; toujours aucune douleur de ventre. — Eau de groseilles, sp. 2 pots ; julep diacodé ; cataplasmes sur le ventre ; 2 bouillons, 2 potages.

Le soir. — 124 pulsations, 36 inspirations ; frissons, ce matin, d'une demi-heure de durée, sans claquements de dents. Aucune douleur de ventre ; nausées ; pas de vomissements ; 2 selles. — 2 cuillerées de solution de bichromate de potasse.

4 octobre. — 108 pulsations ; pas de frisson ; ventre tendu, ballonné, sans douleur ; pas de vomissements. — Gomme sp. 2 pots ; julep gommeux avec 3 cuillerées de solution de bichromate de potasse ; 2/4 de lavements amidonnés avec 10 gouttes de laudanum.

Le soir. — 112 pulsations. — La malade se trouve mieux.

5 octobre. — 86 pulsations ; pas de frisson ; aucune douleur de ventre. Un vomissement bilieux pendant la nuit. — Même prescription.

Le soir. — Même état. Quelques vomissements de matière muqueuse.

6 octobre. — 108 pulsations ; pas de frisson ; langue collante, chargée ; aucune douleur de ventre ; pas de vomissements. — Limonade sp. 2 pots ; julep diacodé ; 3 cuillerées de solution de bichromate de potasse ; cataplasmes sur le ventre ; 2 bouillons, 2 potages.

Le soir. — 112 pulsations. Même état. Vomituritions après l'une des prises de la solution.

7 octobre. — 92 pulsations ; pas de frisson ; pas de douleur de ventre; un vomissement; deux selles. — Limonade sp. ; julep diacodé ; 2 bouillons, 2 potages.

Le soir. — 108 pulsations. Etat excellent.

8 octobre. — 100 pulsations. Etat satisfaisant. — Même prescription.

9 octobre. — 84 pulsations. — Bon état. — La malade mange un œuf.

10 octobre. — Convalescence complète. — Une portion d'aliments.

11 octobre. — *Exeat*, guérie.

Réflexions sur les quatre observations de cette section. — J'appellerai l'attention sur la première de ces quatre observations; elle fut recueillie pendant le mois d'avril, alors que l'épidémie était dans toute son intensité, aussi la malade fut très-gravement atteinte. Le pouls atteignit le chiffre 152, la cyanose fut considérable. Je trouve cette observation, sauf la terminaison, comparable sur tous les points avec l'observation I, qui a trait à un cas de fièvre puerpérale développé chez une élève sage-femme.

La seconde observation de fièvre puerpérale suivie de guérison, quoique fort grave, s'éloigne de la précédente par une forme inflammatoire manifeste et des accidents péritonéaux bien marqués; aussi on remarquera que cette observation fut recueillie en octobre, au déclin de l'épidémie; la différence qui sépare ces deux premières observations s'explique par l'âge différent de l'épidémie.

La troisième et la quatrième observation que nous avons désignées sous le nom de fièvres puerpérales graves suivies de guérison montrent encore des accidents dont l'énergie dé-

croît de plus en plus; le pouls a toujours été relativement peu fréquent. Ces deux observations mènent par gradation aux cas de fièvre puerpérale légère; elles furent, comme les précédentes, recueillies au déclin de l'épidémie.

SECTION VI.

OBSERVATIONS DE FIÈVRE PUERPÉRALE LÉGÈRE.

Observation XXII. — Fièvre puerpérale légère; traitement par le sulfate de quinine. Guérison.—Maternité, salle Sainte-Marie, n° 20.

Wagner, 28 ans, cuisinière, primipare, à Paris depuis 4 ans, entrée à la Maternité le 19 septembre; accouchée le 21 à 7 heures du soir; le travail a duré 14 heures. Hémorrhagie légère après la délivrance : 4 doses de seigle ergoté.

Le 22, le soir. — La malade se plaint de la tête; frisson; quelques tranchées utérines, sans autre douleur de ventre.

23 septembre. — Pouls fréquent; douleur de ventre; céphalalgie. — Ipéca.

24 septembre. — 96 pulsations; douleur de ventre. Embrocations sur le ventre avec l'huile de camomille camphrée.

25 septembre. — 104 pulsations; céphalalgie; lochies normales; sécrétion laiteuse abondante.

Le soir. — 100 pulsations; langue humide; douleur à l'hypogastre, et depuis ce matin aux hypochondres. — Gomme sucrée 2 pots; julep avec un gramme de sulfate de quinine, en deux doses; cataplasmes.

26 octobre. — 80 pulsations; pas de frisson; langue humide, large, blanchâtre. Douleur abdominale, vive à la pression; pas de vomissements, pas de selle. Gêne de la respiration. Etourdissements et bourdonnements d'oreilles. La malade a

assez bien dormi pendant la nuit. Julep avec 1,50 gramme de sulfate de quinine, en 3 doses. Lavement avec 30 grammes de sulfate de soude; onction sur le ventre avec l'onguent napolitain belladonisé.

Le soir. — 60 pulsations ; pas de frisson ; sueur abondante. Douleur vive dans le ventre, pas de vomissements; 3 à 4 selles.

27 septembre. — 72 pulsations ; pas de frisson. Ventre douloureux seulement au niveau de l'utérus qui remonte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Pas de vomissement; trois selles. On supprime le lavement purgatif; même prescription pour le reste.

Le soir. — 68 pulsations. Une eschare de la largeur d'une pièce de 2 francs occupe la face interne de la grande lèvre gauche. Tintements d'oreilles.

28 septembre. — 64 pulsations; pas de frissons; pas de vomissements; 2 selles. Bourdonnements d'oreilles; surdité. — Même prescription.

Le soir. — 64 pulsations; même état ; surdité et bourdonnements d'oreilles.

29 septembre. — 72 pulsations; pas de frissons; ventre peu douloureux; bourdonnements d'oreilles. Même prescription.

30 septembre. — 56 pulsations; état excellent. Même prescription.

1er octobre. — 52 pulsations ; état excellent. — Même prescription.

Le soir. — La malade se plaint d'une légère douleur dans la fosse iliaque gauche.

2 octobre. — 60 pulsations ; pas de frisson ; langue humide, large, chargée ; douleur dans l'hypochondre gauche, s'exas-

pérant par la pression ; pas de nausées ; pas de vomissements ; 2 selles.

3 octobre. — La malade ne souffre nulle part ; convalescence complète. — Exeat.

Observation XXIII. — Fièvre puerpérale légère ; pas de frisson ; eschare à la vulve. Guérison. — Maternité, salle Sainte-Marthe, n° 5.

Bornay, 20 ans, lingère, primipare, depuis deux ans à Paris, entrée à la Maternité le 23 septembre, accouchée le 23, à 4 heures du soir. Le travail a duré 4 heures.

Bonne santé pendant les trois premiers jours qui suivent l'accouchement ; sécrétion laiteuse normale ; lochies purulentes.

Au bout de trois jours, un peu de fièvre, un peu de douleur de ventre ; céphalalgie ; pas de frisson. Le 27, on lui administre un ipéca qui est suivi d'un soulagement marqué.

29 septembre. — Pas de frissons ; 112 pulsations ; pouls irrégulier, assez petit ; langue blanche, humide ; pas de vomissements ; 3 selles ; quelques petites eschares à la vulve. — Riz avec sirop de coings ; julep diacodé ; onction avec l'onguent napolitain belladonisé ; diète.

Le soir. — 116 pulsations ; pas de frisson ; langue humide ; ventre à peine douloureux ; pas de vomissements ; 3 selles.

30 septembre. — 120 pulsations ; pas de frisson ; langue blanche et humide ; très-peu de douleur au ventre ; pas de vomissements ; 2 selles ; la malade a bien dormi ; la région anale est rouge, douloureuse, recouverte par une couche de matière blanche pultacée. — Même prescription ; on y joint 2 bouillons comme alimentation, et de la poudre de quinquina pour saupoudrer la région anale.

Le soir. — 96 pulsations ; pas de frisson ; sueur abondante ; pas de douleur abdominale ; pas de vomissements ; 2 selles.

1er octobre. — 108 pulsations ; pas de frisson ; langue humide, chargée ; ventre peu douloureux ; pas de vomissements ; 4 selles ; le sillon interfessier présente toujours une exsudation blanchâtre. — Même prescription.

Le soir. — 84 pulsation ; pas de frisson ; langue humide ; abdomen légèrement douloureux ; pas de vomissements, 2 selles.

2 octobre. — 100 pulsations ; pas de frisson ; langue large, blanchâtre ; pas de douleur de ventre ; pas de vomissements ; pas de selles. — Même prescription ; 2 bouillons ; 2 potages.

3 octobre. — 92 pulsations ; pas de frisson ; langue sale ; pas de vomissements ; les eschares vulvaires se détergent ; quelques plaques diphthéritiques persistent à l'anus ; éruption hydrargyrique sur l'abdomen. — Même prescription ; on y ajoute 100 grammes de vin de Bordeaux.

4 octobre. — Etat excellent ; une portion.

5 octobre. — Une portion ; une côtelette.

Exeat le 8 octobre ; complétement guérie.

Enfant mort le 8 octobre.

Observation XXIV. — Fièvre puerpérale légère ; début violent ; frisson intense. Guérison. — Maternité, salle Sainte-Marthe, n° 10.

(1856.) Motasse, 28 ans, domestique, multipare, à Paris depuis deux ans et demi, entrée à la Maternité le 10 septembre, accouchée le 25 ; le travail a duré 5 heures et demie.

Le 26 septembre. — Fièvre ; céphalalgie ; pas de frissons ; pas de douleur de ventre. — Ipéca ; après cette évacuation, la malade va parfaitement bien.

Le 29. — A trois heures du matin, frisson d'une heure de durée, avec claquements de dents ; réaction consécutive ; légère douleur de ventre.

Le soir. — 124 pulsations ; céphalalgie ; ventre douloureux au niveau de l'utérus seulement ; peau chaude, couverte de sueur. — Gomme sucrée, 2 pots ; une cuillerée de solution d'acide chromique ; cataplasme sur le ventre ; onction avec l'onguent napolitain belladonisé.

30 septembre. — 132 pulsations ; pas de frisson ; langue humide ; l'utérus remonte à trois travers de doigts au-dessus des pubis ; il est un peu douloureux à la pression ; pas de vomissements ; 2 selles diarrhéïques. — Gomme sucrée, 2 pots ; 2 cuillerées de solution d'acide chromique ; onction avec l'onguent napolitain belladonisé ; diascordium ; diète.

Le soir. — Se trouve mieux ; 108 pulsations ; pas de frisson ; pas de vomissements ; une selle ; lait abondant ; lochies rosées.

1er octobre. — 108 pulsations ; même état ; 4 cuillerées de solution d'acide chromique ; idem pour le reste.

Le soir. — 104 pulsations ; la malade se trouve bien.

2 octobre. — 132 pulsations ; pas de frisson ; langue saburrale, collante ; céphalalgie ; douleur dans le côté gauche du ventre ; pas de vomissements ; pas de selles. — 5 cuillerées de solution d'acide chromique ; idem pour le reste ; diète.

Le soir. — 120 pulsations.

3 octobre. — 92 pulsations ; pas de frisson ; langue humide ; ventre souple et non douloureux. La malade se trouve beaucoup mieux et demande son exeat. Guérison complète chez elle.

Observation XXV. — Fièvre puerpérale légère. Guérison. — Maternité, salle Sainte-Marie, n° 19.

(1856.) Pouchet, 17 ans, blanchisseuse, primipare, née à Paris, entrée à la Maternité le 22 septembre, accouchée le 26, à deux heures du matin ; le travail a duré neuf heures ; bassin légèrement rétréci ; bonne santé habituelle.

Pendant la journée du 26, cette femme eut de la douleur dans le dos et dans le côté droit. — Ipéca.

27 septembre. — 120 pulsations ; n'a jamais eu de frisson ; langue humide, jaunâtre ; ventre ballonné, sonore, extrêmement douloureux ; un vomissement bilieux ; pas de selle. — Ipéca, 2 grammes avec 0,05 gramme d'émétique ; une cuillerée de solution de bichromate de potasse.

28 septembre. — 96 pulsations ; pas de frisson ; douleur vive dans le ventre ; pas de vomissements depuis l'ipéca. — Gomme sucrée, 2 pots ; eau de Sedlitz ; une cuillerée de solution de bichromate de potasse.

Le soir. — 100 pulsations ; pas de frisson ; ventre moins douloureux, sensible encore de chaque côté de l'ombilic ; pas de vomissements ; la malade se trouve très-bien et demande à manger ; peau fraîche. — Une cuillerée de la solution prescrite plus haut.

29 septembre. — 106 pulsations ; douleur limitée à la région hypogastrique ; deux petites eschares sur deux incisions pratiquées à la vulve pendant le travail de l'accouchement. — 3 cuillerées de solution ; onguent napolitain belladonisé ; cataplasme ; diète.

Le soir. — 112 pulsations ; la douleur persiste à la région hypogastrique. — Lavement avec 40 grammes de miel de mercuriale.

30 septembre. — 108 pulsations ; pas de frisson ; ventre

beaucoup moins douloureux ; pas de vomissements. — Même prescription.

Le soir.—108 pulsations ; le ventre est couvert d'une éruption hydrargyrique confluente.

1er octobre. — 100 pulsations ; pas de frisson ; ventre saillant, un peu douloureux ; pas de vomissements. — Même prescription.

Le soir. — 84 pulsations ; pas de frisson ; le ventre est moins douloureux.

2 octobre. — 112 pulsations ; ventre peu douloureux ; trois ou quatre vomissements après l'ingestion de la solution prescrite. — Même prescription ; 4 cuillerées de solution.

3 octobre. — 100 pulsations ; la malade va beaucoup mieux ; elle vomit chaque fois qu'elle prend une des cuillerées de la solution de bichromate de potasse ; pas de vomissements dans l'intervalle. — Gomme sucrée, 2 pots ; 2 bouillons.

Le soir. — 92 pulsations.

4 octobre. — 86 pulsations ; pas de frisson ; langue sale vers le milieu ; pas de vomissements.

5 octobre. — Même état.

6 octobre. — Etat excellent. — 2 bouillons ; 2 potages ; une côtelette.

Exeat. — Guérie.

Enfant mort le 29 septembre.

SECTION VII.

OBSERVATION DE PHLÉBITE UTÉRINE SUIVIE D'INFECTION PURULENTE.

Observation XXVI. — Phlésite utérine, infection purulente, frissons répétés ; mort ; autopsie : abcès métastatiques, péritoine sain. — Maternité, salle Sainte-Marie, n° 22.

Laroque, 22 ans, lingère, primipare, de Paris, entrée à la Maternité le 23 septembre, accouchée le 25 septembre ; accouchement facile ; le travail a duré deux heures et demie. Transport immédiat à l'infirmerie.

25 septembre le soir. — 90 pulsations ; langue bonne ; diarrhée depuis ce matin ; les matières fécales sont glaireuses ; elles ne contiennent pas de sang ; quelques tranchées utérines. — Riz, sirop de coings, 2 pots ; julep avec opium 0,05 ; un quart de lavement amidonné avec dix gouttes de laudanum.

26 septembre. — 116 pulsations ; pas de frisson ; sueur abondante ; douleur limitée à la partie latérale droite de l'utérus ; 2 selles. — Limonade sucrée, 2 pots ; eau de Sedlitz, une bouteille ; cataplasme sur le ventre ; frictions avec l'onguent napolitain belladonisé.

Le soir. — 104 pulsations ; a eu des frissons légers pendant toute la journée ; même douleur de ventre ; pas de vomissements ; 3 selles.

27 septembre. — 108 pulsations ; pas de frissons depuis hier ; langue très-humide ; douleur assez vive, mais limitée au niveau de l'utérus qui est volumineux. — Riz, sirop de coings ; julep diacodé ; 2 quarts de lavements amidonnés avec 8 gouttes de laudanum ; deux panades.

Le soir. — 104 pulsations ; même état.

28 septembre. — 92 pulsations ; pas de frisson ; langue bonne ; ventre souple ; douleur vive au niveau de l'utérus ; rien dans le reste du ventre. — Gomme sucrée ; une cuillerée de la solution de bichromate de potasse ; 10 sangsues *loco dolenti ;* cataplasme sur le ventre ; onction avec l'onguent napolitain belladonisé ; un bouillon que demande la malade.

Le soir. — 108 pulsations ; pas de frisson ; utérus beaucoup moins douloureux ; pas de vomissements ; faim très-vive. — Une cuillerée de la solution de bichromate de potasse.

29 septembre. — 104 pulsations ; pas de frisson ; langue légèrement blanchâtre ; douleur assez vive au niveau de l'utérus ; trois vomissements verdâtres ; quelques selles ; eschares peu étendues à la vulve ; la malade demande à manger. — Trois cuillerées de la solution prescrite plus haut.

Le soir. — 108 pulsations ; moins de douleur de ventre ; pas de vomissements.

30 septembre. — 106 pulsations ; pas de frisson ; à peine de douleur au niveau de l'utérus ; pas de vomissements ; 6 selles. — Eau sucrée avec le sirop de fleurs d'oranger ; 3 cuillerées de la solution de bichromate de potasse ; onction avec l'onguent napolitain belladonisé ; 1/4 de lavement amidonné et laudanisé ; diète.

Le soir. — 100 pulsations ; un frisson peu intense, mais prolongé ; ventre peu douloureux ; pas de vomissements ; pas de selles.

1er octobre. — Frisson d'une demi-heure pendant cette nuit ; ventre moins douloureux ; un vomissement ; quelques étourdissements. — Solution de bichromate de potasse, 4 cuillerées.

Le soir. — 88 pulsations ; 2 frissons légers d'une demi-heure de durée ; peu de douleur de ventre ; un vomissement.

2 octobre. — 108 pulsations ; pas de frisson ; langue humide ; légère douleur de ventre ; trois vomissements bilieux après l'ingestion de la solution prescrite ; face jaunâtre. — Même médication.

Le soir. — Pas de frisson ; langue humide ; ventre non douloureux ; plusieurs vomissements verdâtres.

3 octobre. — 104 pulsations ; pas de frisson ; ventre souple, non douloureux ; vomissements fréquents, verdâtres. — Eau rougie sucrée, 2 pots ; 4 cuillerées de la solution de bichromate de potasse ; 2 quarts de lavements amidonnés avec 5 gouttes de laudanum ; cataplasme sur le ventre ; 2 bouillons.

Le soir. — 140 pulsations ; frisson de dix minutes de durée ; peau chaude ; pommettes rouges ; ventre souple, non douloureux ; vomissements.

4 octobre. — 144 pulsations ; pas de frisson ; douleur dans l'épaule et dans le coude gauches, sans gonflement ni rougeur ; face pâle, terreuse ; vomissements fréquents. — Eau rougie sucrée, 2 pots ; julep diacodé ; 2 quarts de lavements amidonnés avec 5 gouttes de laudanum ; 2 bouillons.

Le soir. — 140 pulsations ; pas de frisson ; ventre souple, non douloureux ; pas de vomissements ; œil gauche douloureux, saillant, trouble ; pupille déformée.

5 octobre. — Pas de frissons ; délire pendant toute la nuit ; ventre nullement douloureux ; pas de vomissements ; exophthalmie. — Eau rougie ; julep diacodé ; un quart de lavement amidonné et laudanisé.

Le soir. — Les deux yeux sont troubles et présentent de la suffusion purulente.

6 octobre. — Agonie ; mort à 2 heures du soir.

Autopsie. — Utérus petit, bien revenu sur lui-même, présentant sur le côté droit, au niveau de l'insertion du ligament large, une plaque de quelques centimètres carrés seulement,

où tous les sinus utérins contiennent du pus. La cavité péritonéale est complétement saine; la rate contient deux abcès métastatiques du volume d'une noisette. Rien dans les poumons ni dans les plèvres; les deux yeux sont opaques; ils contiennent du pus en très-petite quantité, mélangé aux humeurs de l'œil; l'intestin grêle est parfaitement sain; le cœcum et le colon sont congestionnés; la membrane muqueuse y est très-injectée. Le foie est graisseux au plus haut point; son aspect est caractéristique.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME.

FIN DE LA TABLE.

— Corbeil, typographie de Crété. —

ÉTUDES SUR LA MALADIE

DITE

FIÈVRE PUERPÉRALE

LETTRES

ADRESSÉES

A Monsieur le Professeur TROUSSEAU,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU, ETC.

ÉTUDES SUR LA MALADIE

DITE

FIÈVRE PUERPÉRALE

LETTRES

ADRESSÉES

à Monsieur le Professeur TROUSSEAU,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU, ETC.,

PAR J. BÉHIER,

Médecin de l'hôpital Beaujon,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc., etc.

« Je me demande si.... il ne convient pas de savoir s'il y a
» une fièvre puerpérale ? Pour ma part.... je ne crois pas à son
» existence. »

(**Trousseau,** *Discours à l'Acad., séance du* 16 *mars* 1858.)

PARIS

AUX BUREAUX DE L'UNION MÉDICALE,
56, RUE DU FAUBOURG-MONTMARTRE,
ET CHEZ LABÉ, LIBRAIRE-ÉDITEUR, 23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

1858

Publications de l'**Union Médicale**, Mars, Avril, Mai et Juin 1858.

LETTRES

SUR

LA MALADIE DITE FIÈVRE PUERPÉRALE.

A Monsieur le Professeur TROUSSEAU,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU, ETC.

Première Lettre.

Bien cher maître,

Ce qui suit est le résumé d'un travail que je me propose de publier un jour d'une façon plus complète. Bien qu'il ait été commencé en 1854 et continué depuis sans interruption; bien que les faits sur lesquels il est basé soient en nombre déjà considérable, je comptais attendre encore avant de formuler l'opinion que ces observations attentives et répétées m'ont amené à embrasser. Je suis convaincu que, sur toute question, quelle qu'elle soit, il y a toujours grand avantage à ne pas conclure trop vite, et l'expérience que ce travail lui-même m'a permis d'acquérir fera, pour moi, de cette réserve

une règle de conduite encore plus ferme et plus habituelle. En outre, la question à laquelle a trait ce qui suit est tellement controversée, et la controverse dont elle est l'objet porte tellement l'empreinte des opinions préconçues, et, permettez-moi ce mot, des fantaisies nosologiques de plusieurs des personnes qui y avaient pris part, que j'avais cru utile d'attendre. Mon but, en agissant ainsi, était de fournir à l'appui de mes opinions une masse de faits plus considérable, se rapprochant par conséquent d'autant plus de la certitude, et aussi d'éviter, par une observation prolongée pendant plusieurs années, certaines fins de non-recevoir que j'ai souvent entendu alléguer, sans preuve aucune, lors de discussions plus intimes, sur la question dite de la *fièvre puerpérale*.

L'appel fait à l'Académie de médecine par M. Guérard, et la discussion qui en est la suite, me font un devoir de donner, non pas l'exposé complet de ce que j'ai pu relever sur les maladies des femmes en couches, mais un résumé de ce que j'ai vu, sans traces d'érudition à ce sujet.

Je regrette vivement d'être obligé de supprimer beaucoup de détails, qui, je le crois, ne seraient pas sans intérêt, et qui, peut-être, aideraient à bien préciser certains faits que je vais présenter ; mais vous verrez, par le nombre d'histoires particulières qu'il faudrait dépouiller, qu'il serait impossible d'arriver à temps avec tous les détails. J'ai dû me borner aux points principaux ; j'espère que cela ne nuira en rien à la clarté de ce que je vais dire.

C'est à l'Académie elle-même que j'avais voulu porter ce résumé purement clinique, et j'avais demandé d'en faire la lecture ; mais une décision déjà ancienne du conseil de ce corps savant interdit à toute personne étrangère à la compagnie de faire, pendant une discussion, une lecture ayant trait à la question en litige. J'ai souhaité vivement alors de vous soumettre les résultats de mes observations, sachant, par une expérience que votre bien-

veillante amitié m'a permis d'acquérir, que nul n'a plus de goût que vous pour notre science; que nul n'a l'esprit plus libre dans les discussions; que nul ne sait mieux accueillir et proclamer ce qui est vrai. C'est pour cela, et aussi à cause de ma sincère et affectueuse gratitude pour vous, que j'ai pris la liberté de vous adresser ces *Lettres*. Je vous remercie cordialement de leur avoir prêté l'appui de votre nom en voulant bien les recevoir.

Lorsqu'au 10 mars 1854, je pris le service des accouchements à l'hôpital Beaujon, j'adoptais complétement la doctrine de la *fièvre puerpérale*, et je croyais fermement que les accidents éprouvés par les femmes en couches n'étaient possibles à expliquer que par l'existence d'une affection spéciale tout à fait différente des autres espèces nosologiques, régie par des lois tout à fait particulières, et, de plus, que c'était là une affection *essentielle*, comme l'on dit.

Une série de morts successives, tout en me décourageant profondément, m'inspira quelques doutes sur cette doctrine, et je résolus de reprendre l'étude attentive de ce point de pathologie. Mais pour tirer quelque fruit de ce labeur, je fis ce qui, je crois, est toujours la première condition indispensable en pareille occurrence, je fis table rase dans mon esprit de tout ce que je pouvais avoir lu ou pensé sur ce sujet, décidé à recommencer mon éducation médicale sur ce point, à l'aide des faits et rien que par l'observation attentive des malades.

C'est dans ce but que j'ai recueilli moi-même les observations de toutes les femmes qui sont venues accoucher dans la salle Sainte-Hélène.

Il ne s'agit donc pas ici de simples résumés statistiques, relevés d'après des documents plus ou moins douteux, mais bien d'observations écrites, complètes, relevées jour par jour, et qui sont encore en ma possession.

Du mois d'octobre 1854 jusqu'à la fin de février 1858, ces observations sont au nombre de 1,327, dont 1,200 environ recueillies par moi-même, et le reste par les élèves de mon service, sous ma direction et sous mon contrôle.

Le résultat de ce travail est représenté par cette formule générale : *que les accidents observés chez les femmes en couches ne sont pas d'un ordre spécial, sans analogues dans la pathologie; qu'ils sont nettement expliqués par des lois applicables à d'autres affections non puerpérales, et que la fièvre puerpérale n'existe pas à titre de maladie distincte, délimitée et essentielle.*

Voici maintenant les données d'après lesquelles je suis arrivé à me former une telle opinion.

Sur ces 1,327 femmes accouchées dans mon service, 79 ont succombé, quelques soins que j'aie pu leur donner.

De ce nombre, 7 sont mortes de maladies sur lesquelles l'accouchement et ses suites n'avaient aucune influence directe, au point de vue qui nous occupe. C'étaient des femmes atteintes de tubercules pulmonaires, lésion dont l'évolution déjà avancée, fut encore sensiblement hâtée par le fait de l'accouchement ; ou encore des femmes prises de variole et dont l'éruption coïncidant avec la couche causa rapidement la mort.

Reste donc pour les femmes qui, étant accouchées dans le service, ont succombé aux accidents développés après leurs couches, le chiffre de 72.

Je reviendrai de toute nécessité, plus tard, sur ce chiffre, pour en bien établir la valeur et pour répondre à certaines objections qui pourraient être soulevées.

Sur ces 72 femmes, 65 autopsies seulement ont été pratiquées ; pour les 7 autres, opposition a été faite par les familles, ou des circonstances particulières ont empêché la recherche nécroscopique.

D'autre part, il convient d'ajouter à ce chiffre de 65 celui de 20 examens cadavériques de femmes qui, accouchées en ville, à la Maternité ou à la Clinique, sont venues succomber à l'hôpital Beaujon, où elles entraient à cause de leur état de maladie. Ces 20 faits, cependant, devront former plus tard une catégorie différente, car ils ont une valeur différente à mes yeux. D'abord, plusieurs d'entre eux ayant été relevés au commencement des études que je résume ici, manquent par cela même de renseignements dont je regrette l'absence, et ensuite, comme vous le verrez bientôt, on doit établir entre des faits, considérés jusqu'à présent comme semblables entre eux, une différence notable, surtout pour le pronostic, selon la période à laquelle est parvenu l'état de maladie. Quoi qu'il en soit, c'est donc sur un total de 85 autopsies que j'ai pu étudier la valeur des lésions anatomiques.

Un premier fait capital sur lequel j'insisterai, mon cher maître, c'est la présence constante des lésions locales, c'est-à-dire des lésions occupant l'appareil utérin. Sur les 85 autopsies que j'ai pu faire, une seule fois je n'ai pas trouvé d'altération dans l'utérus lui-même. La cavité de cet organe contenait bien encore, adhérente à l'insertion placentaire, une portion de cotylédons de 2 centimètres de largeur, mais sans odeur gangréneuse, sans détritus putride, sans existence de cette sanie noire et fétide que nous retrouverons tout à l'heure, sans pus dans les veines, sans altération des annexes. Seulement il y avait un épanchement péritonéal considérable, composé d'un liquide puriforme, dans lequel nageaient d'épaisses fausses-membranes de consistance pulpeuse, tout à fait analogues, pour la couleur, à du pus phlegmoneux, fausses-membranes qui étaient en outre répandues en flocons abondants et épais sur toute la surface péritonéale de l'utérus, sur la masse intestinale, sur le foie et sur la rate; en un mot, toutes les

lésions qui caractérisent la péritonite la plus franche et la plus aiguë. La femme qui présentait ces lésions avait succombé avant la fin du quatrième jour qui suivit l'accouchement, et elle avait offert tous les signes d'une péritonite aiguë : altération profonde de la face, qui était grippée, douleur exquise de l'abdomen, avec ballonnement considérable, nausées, pouls petit, fréquent, intermittent même. Elle avait présenté aussi au début un signe local particulier dont je vous entretiendrai bientôt d'une façon toute spéciale.

C'était donc à une péritonite aiguë qu'avait succombé cette femme et j'aurai occasion d'insister sur le rôle de la péritonite et surtout sur ses formes diverses, mal connues et mal interprétées en général.

Sauf cet exemple, j'ai *toujours* trouvé, dans l'utérus et dans ses annexes, des lésions manifestes et non douteuses. Au premier rang figure le pus dans les veines. Chez les 84 femmes, j'ai trouvé cette lésion, qu'elle fût seule ou qu'elle fût accompagnée d'autres altérations, souvent très graves, très importantes, et dont le détail reviendra nécessairement. J'ai donc *toujours* trouvé du pus dans les veines, et cette constance dans des faits observés pendant une période de quatre ans n'est pas une particularité sans valeur. On m'opposera d'abord, comme on le fait fort habituellement, quand il s'agit de la prétendue *fièvre puerpérale*, que je n'ai pas eu affaire à cette maladie dans les exemples que je présente. C'est là une fin de non-recevoir purement gratuite et tout à fait inacceptable. D'abord, je ne suis pas aujourd'hui le seul qui ait observé une telle constance de la lésion des veines : plusieurs de mes collègues dans les hôpitaux (je pourrais les nommer) sont arrivés aux mêmes résultats, dans des cas qui tous ont offert tous les signes de la maladie dite *fièvre puerpérale.* Ensuite vous verrez plus loin, par l'énumération des symptômes que présentaient les malades que

j'ai observées, si aucune différence appréciable existait entre elles et le tableau de la *fièvre puerpérale* donné par ceux qui soutiennent l'existence de cette maladie à titre d'affection essentielle, tableau dont le discours de M. Depaul à l'Académie est l'expression la plus nette et la plus complète.

On m'opposera aussi que des observateurs distingués n'ont pas trouvé de pus dans les veines, alors qu'ils l'ont cherché avec soin. Je serais certes bien disposé à avoir, tout le premier, grande confiance en plusieurs d'entre eux, s'il ne s'agissait pas d'un fait qui a été, de ma part, l'objet d'une étude attentive et particulière. Mais, ce que j'ai vu, je l'ai vu et bien vu, j'en suis convaincu; je ne l'ai pas vu seul, tous ceux qui m'entourent à l'hôpital l'ont vu avec moi et de la même manière que moi. Ensuite, permettez-moi d'ajouter quelques remarques sur le siége habituel de cette lésion. C'est, comme Dance et plusieurs autres auteurs l'ont indiqué, surtout sur les parties latérales de l'utérus, dans les grands sinus qui rampent le long des bords droits et gauches, principalement au niveau de l'insertion du ligament rond et de la trompe et du détachement de la veine utéro-ovarique, que se rencontre le pus. C'est même plus particulièrement dans ces derniers points, aux cornes utérines, que le désordre est le mieux exprimé.

Dans ces points, la constatation est facile si le vaisseau est volumineux, si le pus est abondant; il faut plus de persévérance, plus de recherches, plus de coups de scalpel si le désordre est plus circonscrit, s'il occupe une division secondaire. Bien des fois j'ai failli être mis en défaut; je sais la facilité avec laquelle on peut quitter un utérus déjà divisé en bien des points, sans avoir trouvé du pus qu'il contient cependant. Et si je voulais entrer dans le récit de certains faits particuliers, je pourrais citer des exemples empruntés à des personnes mêmes qui ont donné des observations négatives, et dans lesquels tel de mes élèves a montré, à l'aide

d'une ou deux incisions de plus sur l'utérus, du pus qu'elles n'avaient pas découvert, et dont elles niaient l'existence. C'est qu'il faut encore le chercher dans les sinus qui traversent l'utérus, et qui, au nombre de deux, l'un supérieur, s'étendant d'une annexe à l'autre, et l'autre inférieur, placé à la hauteur de la fin du corps de l'utérus, ont été si bien figurés par Dance, autant qu'il m'en souvienne. Enfin, il est encore un siége particulier du pus dans l'organe utérin, siége peu connu et peu mentionné par les auteurs divers, et dont j'ai constaté très fréquemment la réalité. C'est le col utérin lui-même. Chez les femmes qui succombent à la suite des couches, le col utérin tout entier, jusqu'au niveau du point où le corps commence, représente une sorte de tissu érectile, non pas quant aux fonctions, mais quant à l'apparence anatomique. Souvent au milieu de ce tissu se trouvent des gouttes nombreuses d'un pus phlegmoneux tout à fait évident et souvent louable. Et lors de certaines altérations dont je vous rendrai compte, c'est encore dans ce lacis veineux qu'il faut chercher la présence de liquides caractéristiques. N'y eût-il du pus que dans ce point, il faut reconnaître que le fait a toute valeur, et je crains bien que les très rares exemples cités comme des cas négatifs n'aient pas comporté cette recherche, car c'est vers les sinus que l'examen a été principalement dirigé.

Je repousse donc, quant à moi, les faits négatifs dans lesquels ce point en particulier n'a pas été exploré, parce que l'expérience m'a appris à connaître la fréquence de cette lésion, dont la valeur ne vous paraîtra plus douteuse, je l'espère, quand cette correspondance sera terminée. Enfin, quand nous aurons pu examiner ensemble, si vous voulez bien me le permettre, la valeur des observations comme celles que cite mon excellent élève et ami, M. Tarnier, dans sa thèse, observations qu'il a empruntées à deux de ses collègues, vous trouverez comme moi, je l'espère, que les faits

négatifs n'ont pas bien grande importance, trahissent un examen peu complet, une interprétation peu rigoureuse, et ne sont pas d'un grand poids pour infirmer un résultat constant comme celui que je vous présente ici.

Quant à croire, abstraction faite de ce qui précède, que je n'aurais pas eu affaire à des exemples de fièvre puerpérale, mais bien seulement à des phlébites puerpérales, il faut avouer, sans parler de toutes autres preuves qui se retrouveront à chaque pas, à propos des symptômes et de toutes les parties de la question, il faut avouer, dis-je, qu'il n'est guère à supposer que cela soit possible. Comment, pendant quatre ans, j'aurais observé des femmes en couches dans un établissement public, j'aurais vu passer 1,327 exemples sous mes yeux ; j'aurais vu coïncider les accidents dont j'ai été témoin avec ce qu'on signale comme des épidémies de fièvres puerpérales, et je n'aurais jamais eu affaire à cette affection, parce qu'on ne veut pas qu'elle comporte les lésions des veines, qu'on dit consécutives, et qu'on appelle des épiphénomènes ? Mais cela n'est pas acceptable, et personne ne le croira ! Mais c'est là une pure affirmation qu'on n'appuie d'aucune preuve, et je vous prouverai, je l'espère, que chez toutes mes malades avec les symptômes que l'on indique, que dans les conditions de début, de durée, de forme que l'on relève avec soin comme propres à la *fièvre puerpérale*, il y a toujours eu les lésions sur lesquelles on passe d'une façon si facile, et qu'on range, par simple affirmation, au rang des faits d'une valeur secondaire.

Ce n'est pas seulement dans les veines de l'utérus que j'ai trouvé le pus, j'ai vu aussi se développer, en même temps, chez un certain nombre de femmes, peu après la couche, des phlébites des veines saphènes ; j'ai trouvé les veines hypogastriques, les veines iliaques, les plexus pampiniformes remplis de pus et présentant d'autres altérations comme des fausses membranes adhérentes à

la surface interne du vaisseau, des épaississements des parois et l'infiltration sanguine ou même purulente du tissu cellulaire extérieur à la veine; comme aussi l'infiltration plastique de tout un ligament large, converti en une masse dense, compacte, avec des veines pleines de pus dans un cas, pleines de caillots concrets dans un autre. J'ai pu également suivre la veine ovarique gauche jusqu'à la veine émulgente, sous forme de cordon, dur, volumineux, et constitué par un caillot noirâtre occupant toute la longueur de la veine dilatée, et de plus par un épanchement plastique épaississant la tunique externe de la veine devenue d'un blanc rosé et tout à fait opaque dans toute sa longueur.

Dans ces divers exemples, les points du système veineux utérin, que j'ai principalement signalés plus haut, contenaient aussi du pus phlegmoneux tout à fait louable.

Enfin, dans une même circonstance, j'ai trouvé la coïncidence suivante : en même temps que les veines utérines contenaient du pus étendu jusque dans la veine iliaque primitive droite, une collection de pus crèmeux, épais, phlegmoneux, du volume d'une noix, sans mélange de sang, sans concrétion en caillots de ce liquide, existait dans la veine cave inférieure à environ trois travers de doigt du diaphragme.

Ainsi donc, dans les 84 cas que j'ai pu observer, il y avait *toujours* du pus dans les veines utérines et presque toujours dans les veines latérales de l'organe. Voilà un fait constant. Maintenant quelques auteurs, en vertu de considérations plus ou moins théoriques et appuyées sur certaines observations physiologiques, ont voulu établir que les veines utérines, uniquement réduites à la membrane interne, étaient très peu aptes à s'enflammer et ont considéré comme le résultat d'un simple transport la présence du pus dans la cavité de ces vaisseaux. Mais d'abord, comment admettre, dans l'espèce, cette dernière hypothèse? D'où provien-

drait le pus charié ainsi par les veines utérines, et les distendant souvent dans de fortes proportions? Serait-ce de la plaie placentaire? Mais si c'était là un simple transport, comment la plaie utérine, toujours d'un rouge noirâtre, quelquefois même plus profondément altérée, donnerait-elle un pus crèmeux et bien lié, comme celui que contiennent les veines utérines? Par quel mécanisme pourrait-il s'épurer ainsi, pour ainsi dire? On comprend très bien que le pus formé dans les veines utérines puisse passer dans les veines utéro-ovariques, dans les veines iliaques, et enfin arriver dans la veine cave inférieure; c'est là une simple affaire de circulation; le pus est formé avec ses caractères, puis il circule. La voie à partir de ce point est facile, et il détermine ou ne détermine pas la formation de caillots sanguins autour de lui par son contact avec le liquide veineux, car, pour le dire en passant, les faits m'ont encore démontré, comme je vous en donnais un exemple tout à l'heure, que cette concrétion du sang au contact du pus n'était pas un fait nécessaire, puisqu'elle a manqué dans plusieurs autres exemples que je pourrais citer. Une fois le pus formé dans les veines utérines, son transport se comprend donc facilement sous forme de pus louable; il n'en serait pas de même pour le passage de la plaie utérine aux veines de ce même organe.

A cette première raison, qui ne permet pas d'admettre le transport du pus de la plaie utérine dans les veines, je puis joindre des exemples dans lesquels la membrane interne des veines distendues par le pus était occupée par une fausse-membrane assez épaisse, un peu adhérente, baignée par le pus seulement par sa face interne. En même temps, à la coupe transversale, on voyait une même pseudo-membrane en dehors de la veine, adhérente au tissu utérin et séparée de ce vaisseau par une couche purulente. La production pseudo-membraneuse, véritable lymphe plastique, occupait donc l'intérieur du vaisseau et à l'extérieur, semblait produire comme

aurait fait une véritable membrane pyogénique, le pus qui le baignait. Cette forme offre les signes non douteux d'une inflammation veineuse. Dans plusieurs autres cas, j'ai trouvé, sur des veines voisines de celles qui étaient envahies par le pus, une coloration rouge occupant la membrane interne et aussi le tissu cellulaire péri-veineux; le lavage, la pression n'enlevaient pas cette coloration. On ne doit pas, comme le prouvent vos travaux, attacher à ces derniers caractères une grande valeur, quand il ne s'y joint pas d'autres altérations, mais je les ai vus coïncider aussi avec la présence de caillots fibrineux adhérents, bouchant la lumière des vaisseaux, véritables exemples de phlébite adhésive.

Je sais bien qu'on objecte à cette manière de voir que les veines au niveau des points où on rencontre du pus n'offrent pas toujours ces lésions diverses, qu'elles sont souvent blanches, sans développement de leurs vaisseaux propres; cela est parfaitement exact, mais cela veut seulement dire que les conditions anatomiques des veines, par rapport à la sécrétion du pus à leur intérieur, sont encore mal connues; que probablement le pus qu'on rencontre dans ces vaisseaux a peut-être déjà émigré de son point de formation primitive, dernière hypothèse que justifient, du reste, les veines qu'on rencontre vers l'insertion placentaire, pleine de pus phlegmoneux et d'apparence louable, lequel s'est formé dans leur cavité, au niveau de la plaie utérine, par le fait de leur phlegmasie, comme cela se passe chez les amputés et au pourtour des grandes plaies. Enfin, on ne saurait attribuer à autre chose qu'à l'inflammation ces épanchements purulents qui siégent dans le tissu cellulaire péri-utérin, notamment dans le tissu cellulaire des deux replis vésico-utérin et utéro-rectal; celle qui occupe le tissu cellulaire des ligaments larges, au voisinage des bords utérins ou des plexus pampiniformes, et ces collections purulentes qui accompagnent le ligament rond, pour venir s'épanouir dans le tissu cellu-

laire sous-péritonéal, au niveau de l'insertion de ce ligament aux parois abdominales.

Toutes ces lésions, je les ai vues, et j'en ai des observations positives, et toutes ont coïncidé avec la présence du pus dans les veines de l'utérus, et elles aident par conséquent, ce me semble, à démontrer le mécanisme inflammatoire de la formation de ce liquide dans ces derniers vaisseaux. J'en pourrais dire autant des inflammations des trompes utérines et de celles des ovaires développées dans les mêmes conditions, et dont j'aurai peut-être occasion de vous citer des exemples remarquables que j'ai pu dessiner.

Tout cela, mon cher maître, je l'ai observé non pas chez des femmes malades pendant longtemps, mais chez de nouvelles accouchées frappées immédiatement après le travail et enlevées bien plus rapidement que ne le demandent les partisans de la *fièvre puerpérale,* quand ils cherchent à établir l'existence de la forme essentielle dont ils défendent la réalité nosologique.

Je reviendrai, si vous voulez bien le permettre, sur ces divers points, et en particulier sur cette question du début de la maladie et sur sa forme dans des *Lettres* ultérieures.

Ainsi donc, mon cher maître, chez nos malades, les lésions locales de nature phlegmasique n'ont pas été aussi peu constantes que le pense M. Guérard. C'est là un premier point qui semble déjà bien établi par ce qui précède; mais ce n'est pas tout, d'autres lésions très graves existent encore et localement chez les femmes en couches; elles constituent toute une catégorie spéciale et bien importante d'altérations dont la valeur ne pourra pas vous paraître douteuse quand je vous en aurai porté le détail. Elles démontreront aussi toute l'importance des lésions locales, et plus loin j'espère pouvoir satisfaire aux conditions du programme de M. Guérard, et démontrer que :

1° L'effet est bien subordonné à la cause;

2° L'apparition de la cause précède toujours le développement de l'effet;

Car, pour cette dernière proposition, mes études attentives m'ont permis de relever l'existence d'*un signe local* qui n'est pas moins constant sur le vivant que les lésions des veines sur le cadavre, qui présente avec elles un rapport marqué de siége, qui, par l'époque de son apparition, me permet de croire que la maladie *finit* alors qu'on dit généralement qu'elle *commence*, et qui me semble enfin avoir une valeur réelle au point de vue des indications thérapeutiques.

A l'examen de ces diverses parties de la question, à la discussion des symptômes relevés chez mes malades, je consacrerai quelques *Lettres* que je vous demande la permission de vous adresser encore. Laissez-moi vous remercier bien cordialement, en finissant celle-ci, de votre bienveillance à l'avoir reçue, comme d'une marque nouvelle de l'intérêt que vous m'avez témoigné en toute occasion, et dont je vous conserve une profonde gratitude.

Votre bien dévoué de cœur,

BÉHIER.

Deuxième Lettre.

Bien cher maître,

En vous signalant, dans ma première lettre, les lésions inflammatoires constamment observées chez nos femmes en couches, dans les veines utérines, lésions qui se sont étendues, pour quelques exemples, à plusieurs autres points du système veineux, j'ai eu l'honneur de vous dire que je vous entretiendrais de désordres qui sont d'une autre nature, et que j'ai vus coïncider fréquemment avec les altérations phlegmasiques; j'arrive maintenant à ce point.

Quand on examine l'utérus chez certaines femmes qui ont succombé, on trouve que, à des désordres de nature phlegmasique, se joignent des altérations de nature gangréneuse. Mais il importe de bien analyser ici les lésions diverses qui sont réunies sous ce terme générique.

On doit, d'après ce que j'ai observé, rapporter à deux formes distinctes les altérations gangréneuses, chez les femmes en couche. Dans l'une, une partie de la surface interne de l'utérus, presque toujours principalement le col et la partie la plus inférieure de la cavité du corps de cet organe, offre une coloration d'un noir livide tout à fait analogue à celle des escarres gangréneuses de la peau, et on peut même parfois observer une sorte de ligne de démarcation entre les bords de l'escarre et les parties environnantes. Voici, par exemple, sur cette lésion, des détails empruntés à l'une des autopsies que j'ai faites :

Une femme de 21 ans, entrée à l'hôpital le 18 octobre 1857, pour y faire ses couches, commença à souffrir le 19, à cinq heures du soir, et dut être accouchée à l'aide du forceps le 21 du même mois. Elle succomba le 23, et le 24 nous trouvions les lésions suivantes :

La vulve est gangrenée, noire, boursoufflée ; son tissu est ramolli. Le col utérin est complétement réduit en pulpe noirâtre, gangréneuse. La lèvre postérieure n'existe plus ; la lèvre antérieure est couverte de détritus noir et mou. Lorsqu'on incise sur ce point, on trouve, un peu au-dessous de la face interne, dans l'épaisseur du tissu du col, une veine assez volumineuse remplie de pus phlegmoneux, tout à fait louable. Du pus de même apparence se retrouve dans un grand nombre des petites veines du tissu du col ; elles sont plus nombreuses à droite qu'à gauche. Toute la face intérieure de l'utérus est couverte d'une couche de détritus brunâtre exhalant une odeur gangréneuse très fétide. On constate, surtout à la partie postérieure, l'existence d'une ligne de séparation bien tranchée entre le col gangrené, et la partie supérieure de la paroi correspondante du vagin qui est resté sain. Cette ligne, sur laquelle la séparation de l'escarre est complète, est inégale, tortueuse et offre tout à fait l'apparence de ce qu'on observe lors de la gangrène de la peau, au niveau des points où se déclare l'inflammation éliminatrice. Le reste du tissu utérin est d'une couleur violacée, gorgé de sang. Une grosse veine qui siége à la partie postérieure, dans l'épaisseur des parois est pleine de pus mélangé de sang noir. Sa surface interne est colorée en rouge foncé pour seule altération. Au niveau de l'insertion placentaire, qui a lieu à la partie droite de la paroi postérieure de l'utérus, toutes les veines sous-jacentes offrent une coloration violacée de leur surface interne, quelques-unes sont grisâtres. L'une d'elles contient un peu de pus, les autres sont remplies de caillots fibrineux, jaunâtres, mêlés de matière colorante noire, assez consistants, non adhérents aux parois.

Le tissu cellulaire qui se trouve au niveau de la partie postérieure du col, en dehors de l'utérus, dans le cul-de-sac utéro-rectal, est infiltré de pus ; plusieurs veines qui y rampent laissent échapper aussi du pus en assez grande abondance. Il en est de même des veines qui rampent dans l'épaisseur du ligament large du côté droit ; bon nombre d'entre elles sont distendues par du pus. Quelques-unes de celles qui occupent le ligament large du côté gauche en offrent également, mais en bien moins grand nombre.

Le petit bassin contient une certaine quantité de pus jaunâtre, phlegmoneux, quant à l'apparence, mais un peu liquide, et contenant des débris pseudo-membraneux de même couleur que l'épanchement, qui ne se retrouve pas dans le reste de l'abdomen où n'existent pas même des débris pseudo-membraneux.

L'ovaire du côté droit est un peu plus volumineux qu'à l'état normal; son tissu est un peu infiltré de liquide et ramolli, sans odeur putride. Celui du côté gauche est entièrement sain.

Les veines du bassin, celles des membres sont saines. Les lymphatiques ne sont nulle part développés ou altérés.

Les poumons sont sains, et offrent seulement un peu de congestion passive à leur face postérieure, sans trace du moindre engorgement métastatique.

Le foie est de volume normal, jaunâtre, peu coloré et un peu ramolli.

Dans une autre observation analogue, prise sur une femme éclamptique qui avait été accouchée à l'aide du forceps :

La surface interne du corps de l'utérus était remplie de putrilage gangréneux, et la ligne d'élimination, bien manifeste et sinueuse dans son parcours, se trouvait au niveau du point où le corps se réunit à l'orifice supérieur du col. Outre le pus contenu dans plusieurs veines, on trouvait dans une veine volumineuse, se rendant de l'utérus à l'ovaire gauche, un mélange de pus et de sanie gangréneuse.

Dans ces cas qui sont au nombre de 11, et qui tous ont trait à des femmes chez lesquelles on a fait une application de forceps, ou chez lesquelles le travail a été très prolongé, nous avons eu affaire, comme vous pouvez le voir, à une gangrène par contusion, à un véritable effet traumatique, exprimé, le plus habituellement, surtout au niveau des points les plus maltraités par la cause contondante, comme la partie inférieure du corps, le col, la vulve et plus rarement le vagin. Mais notez, toutefois, que les veines utérines contiennent aussi du pus, que le tissu cellulaire, les ligaments larges et les ovaires présentent des signes non douteux de phlegmasie, comme on le voit chez d'autres femmes qui n'ont pas offert ces altérations gangréneuses.

Quelque intéressants que puissent être ces exemples, il n'y a pas lieu d'insister beaucoup à leur sujet. Ils ne rentrent pas dans les points les plus litigieux de la question qui nous occupe, et rien, en tant qu'affections gangréneuses, ne les distingue et ne les sépare, au point de vue nosologique, des gangrènes traumatiques par contusion et par compression. Seulement, il importait de les mentionner, parce que ces modifications ont assurément une valeur considérable dans la production des accidents et dans l'apparence des symptômes.



J'arrive à l'autre forme, que j'ai rencontrée 22 fois, chez des femmes qui n'avaient subi aucune opération violente ou chez lesquelles les difficultés de l'accouchement qui ont pu se rencontrer, ont été beaucoup moindres que celles que j'ai relatées plus haut à propos de la gangrène simple, et, partant, n'ont pas la même valeur étiologique; telle est, par exemple, un peu de longueur du travail. Dans ces exemples, outre les lésions purulentes des veines, on trouve une altération dont je trancris les détails empruntés à diverses autopsies.

La face interne de l'utérus est recouverte, dans toute son étendue, par une couche pseudo-membraneuse, inégale, comme gaufrée, rappelant pour la disposition de sa surface, qui est sillonnée assez régulièrement de petites raies plus minces, l'apparence extérieure de ces lichens étendus par plaques sur les troncs de certains arbres. La coloration gris-verdâtre de ces fausses-membranes ajoute encore à cette analogie d'aspect. Les coupes pratiquées sur plusieurs points montrent que cette coloration s'étend un peu dans le tissu de l'utérus lui-même, au lieu d'être bornée à la surface seule. Le tissu n'est nullement ramolli et est assez dense pour rendre un certain son sous le couteau qui le divise.

Toute cette surface interne de l'utérus est baignée par une sanie d'un gris foncé verdâtre, assez analogue, pour l'apparence, à l'eau des ruisseaux fangeux; l'odeur en est d'une fétidité excessive.

Avec cette lésion coïncident des altérations des veines, caractérisées par la présence du pus dans ces vaisseaux, qui sont tapissés par une fausse-membrane non adhérente et d'une couleur jaune tellement ana-

logue à celle du pus, qu'on pourrait la prendre pour du pus concrété, si elle n'était bien réellement sous forme de membrane, comme on peut le constater par l'inspection directe et attentive d'un lambeau assez étendu.

(*Femme de 24 ans, morte le sixième jour, après une couche régulière. Premiers accidents le deuxième jour.*)

Chez une autre femme de 32 ans, accouchée sans autre accident qu'une perte assez marquée, mais contre laquelle on n'a employé ni seigle, ni aucun moyen violent, et qui, malade dès la fin du premier jour de la couche, est morte le onzième jour. Voici ce que nous trouvons à l'autopsie :

Encore de la rigidité cadavérique; pas de signes de putréfaction sur un point quelconque du corps. Abdomen peu volumineux; une anse intestinale, un peu distendue par des gaz, fait saillie vers l'ombilic par l'écartement de la ligne blanche. On ne trouve dans la cavité péritonéale qu'une cuillerée environ de sérosité jaunâtre, demi-transparente, dans laquelle nagent quelques flocons pseudo-membraneux. Cette sérosité est placée entre la vessie et l'utérus, et plus portée à droite. L'utérus, qui présente surtout son fond en avant, à l'ouverture de l'abdomen, dépasse d'environ 6 centimètres la symphyse pubienne. La partie la plus supérieure de sa face postérieure est d'une teinte jaunâtre. Il est au contraire coloré d'un ton rouge bleuâtre au niveau des deux insertions des annexes. La teinte est presque noirâtre à droite, où le ligament rond n'est pas très gros, tandis qu'à gauche il est doublé de volume. La coloration noirâtre, signalée à droite, s'étend jusque dans les veines du ligament large de ce côté, lesquelles sont foncées, gorgées de sang très noir, non coagulé et sans mélange de pus.

L'utérus, mesuré à l'extérieur, a 11 centimètres de hauteur du fond au commencement du col, et 11 centimètres d'un bord à l'autre au niveau de l'insertion des annexes.

Sur les deux lèvres du col, mais principalement sur la lèvre antérieure, on rencontre des plaques d'un gris verdâtre, arrondies, d'un demi-centimètre à un centimètre et demi de largeur, véritables plaques diphthéritiques dont le ton clair verdâtre tranche vivement sur la teinte d'un noir verdâtre que présentent les lèvres du col. Ces plaques, comme les lèvres du col utérin, sur lesquelles elles sont implantées, sont, ainsi que le vagin à sa partie supérieure, baignées par une sanie abondante, noirâtre, d'une fétidité excessive. La même sanie baigne toute la surface

interne de l'utérus, qui est d'un noir verdâtre, coupé çà et là de larges plaques pseudo-membraneuses d'un gris verdâtre, comme celles décrites sur le col, mais présentant, en outre, une surface inégale, comme aréolée, quoique lisse et non tomateuse. La teinte noir verdâtre de la face interne de l'utérus s'étend à environ 2 millimètres de profondeur dans le tissu, qui est ramolli dans toute cette couche.

Toutes les veines qui, à la partie latérale gauche, rampent dans l'épaisseur du tissu de l'utérus sont, dans leurs trois quarts inférieurs, remplies de la même sanie noirâtre et putride qu'on observe à l'intérieur de l'utérus. Il en est de même des veines qu'on trouve dans la partie gauche du col, dans sa face postérieure et de celles qui occupent la partie supérieure gauche de la paroi postérieure de l'utérus.

En outre, le tissu cellulaire qui siége au côté gauche du col de l'utérus et qui unit le vagin au rectum et à la vessie est épaissi et comme infiltré d'une sérosité jaunâtre. Des veines nombreuses qui le traversent et qui représentent le plexus pampiniforme sont pleines d'un liquide d'un noir verdâtre mal lié, qui n'a rien du sang, ni du pus, mais qui est tout à fait identique avec la sanie noire dont nous avons signalé la présence dans l'intérieur de l'utérus, et qui, avec un même aspect, offre une même fétidité. Le paquet que forment le tissu cellulaire et ces veines ainsi altérées est du volume d'une petite orange. Lorsqu'on observe les lésions veineuses de plus près, voici l'apparence qu'on leur trouve : toute la veine est, à son intérieur, tapissée par une couche d'un gris verdâtre, tout à fait analogue, pour son aspect et pour ses caractères, avec les plaques décrites plus haut comme occupant le col et la face interne de l'utérus. La veine dont le calibre est aussi diminué est, en outre, à son extérieur, entourée d'une autre couche pseudo-membraneuse plus blanchâtre et infiltrée de sérosité non colorée et sur certains points de pus véritable dont la couleur tranche sur la teinte du tissu voisin, et qui n'a aucune communication avec l'intérieur du vaisseau, rempli, du reste, comme nous l'avons dit, de sanie putride et non de pus.

Le ligament rond, que nous avons dit double de volume, est parcouru dans toute sa longueur par une veine assez grosse, pleine de pus jaunâtre, bien lié et phlegmoneux. On en trouve aussi dans presque toutes les veines du bord droit de l'utérus. Vers le col et vers la partie inférieure et postérieure du côté droit, plusieurs de ces veines contiennent du pus mélangé çà et là de cette matière putride. Les couches pseudo-membraneuses, que nous avons décrites à l'intérieur et à l'extérieur des veines, ne se rencontrent pas pour ceux de ces vaisseaux qui ne contiennent que du pus.

Les deux ovaires sont petits, d'un blanc nacré, sans altération appré-

ciable. Leur surface extérieure n'offre aucune fausse-membrane. Les deux trompes sont libres, ne contiennent pas de pus ; le pavillon de la droite est à l'état normal ; celui de la gauche est un peu rouge, mais sans grand développement.

En ouvrant la cavité thoracique, on trouve à la face postérieure du sternum, vers sa partie moyenne, autour de la veine mammaire interne du côté gauche, une sérosité louche, puriforme, infiltrant le tissu cellulaire dans une petite étendue. La veine elle-même est saine.

Les deux poumons présentent en grand nombre de petites collections purulentes, du volume d'un grain de chènevis à celui d'un fort pois. Ces abcès, développés dans un tissu généralement sain, offrent divers âges, si l'on peut s'exprimer ainsi, depuis l'ecchymose sous-pleurale, large d'environ 3 à 4 millimètres en tous sens, jusqu'à la collection purulente entourée ou non d'injection rouge.

Pas de traces d'épanchement purulent ou séreux dans les plèvres. Rien au cœur, rien aux reins ni à la rate. Le foie est un peu décoloré, un peu volumineux, un peu mou, sans aucune apparence de collections purulentes.

Les grosses veines de l'abdomen, les lymphatiques n'offrent aucune trace de pus.

Je pourrais multiplier beaucoup les exemples de cette lésion, qui, ainsi que j'ai eu l'honneur de vous le dire, s'est rencontrée 22 fois à des degrés différents, bien entendu, et quelquefois seulement réduite à des plaques pseudo-membraneuses grisâtres, baignées par un liquide peu abondant, noirâtre, mal lié et toujours très fétide. Trois autres fois j'ai encore rencontré la sanie putride dans les veines utérines, dans les veines du plexus pampiniforme, ou bien, comme chez une femme de 21 ans, morte le sixième jour après la couche, dans les sinus qui, sous-jacents à l'insertion placentaire, étaient béants à 2 millimètres de la surface, remplis d'un liquide putride baignant la surface interne des vaisseaux, laquelle était recouverte par une couche pseudo-membraneuse. Multiplier ces faits, serait multiplier les répétitions. J'ajouterai seulement l'indication de la lésion suivante, que je n'ai rencontrée que dans ce seul exemple.

Chez une femme de 36 ans, morte le sixième jour, après une couche longue et pénible (vingt-huit heures de durée), outre la couche pseudo-membraneuse et putride de la face interne de l'utérus, outre une quantité assez considérable de pus dans les veines utérines, nous trouvâmes la lésion suivante :

Le poumon droit présente tout d'abord, dans tout le lobe inférieur et sur la partie inférieure du lobe moyen, un lacis inextricable de stries continues, d'un blanc-jaunâtre, sous-pleurales et légèrement saillantes. Elles se rendent les unes dans les autres, suivant un certain ordre de subordination. Lorsqu'on pique un de ces vaisseaux, il en sort une gouttelette d'un pus phlegmoneux, dont les caractères ne sont nullement douteux et que l'examen microscopique confirme encore.

La languette du lobe inférieur est sillonnée par ces vaisseaux. Lorsqu'on arrive vers la racine du poumon, ils deviennent confluents, de manière à former de véritables flaques de pus. Ce ne sont autres que les lymphatiques du poumon ainsi injectés de pus qu'ils laissent échapper sous forme de gouttelettes à la coupe.

Le poumon gauche n'offre rien de semblable. A droite et à gauche, le tissu est parsemé de masses d'un rouge foncé, noirâtre, du volume d'une forte noix, irrégulières de forme, n'offrant qu'un degré très minime de ramollissement et nullement l'apparence de l'hépatisation.

Le canal thoracique et les lymphatiques de l'abdomen n'ont présenté rien d'anormal et ne contenaient pas de pus.

Si maintenant vous me permettez de revenir sur la lésion dont je viens de vous rapporter plusieurs descriptions, vous trouverez probablement, comme moi, qu'elle est identique avec une altération bien connue et justement redoutée des chirurgiens ; je veux dire la *pourriture d'hôpital*. Je ne sache pas, quant à moi, qu'on puisse saisir et présenter la moindre différence entre la couche d'un gris verdâtre que nous avons trouvée disposée par plaques ou par bandes sur le col et sur la face interne de l'utérus, qu'elle occupait ailleurs en totalité, et les couches *diphthéritiques* que l'on rencontre sur les plaies des blessés ou sur les moignons des amputés, quand la pourriture d'hôpital sévit dans les salles de chirurgie ;

je ne sache pas qu'il soit possible de distinguer la sanie noirâtre qui baignait les surfaces utérines et même la face interne des veines utérines ou pampiniformes, de celles qui, dans les mêmes occasions, s'écoule des plaies chirurgicales; et la similitude est encore démontrée par l'odeur fétide qui se montre dans l'un comme dans l'autre cas. Du reste, cette similitude. comme pour bien élucider la question, fut complète et hors de doute chez une nourrice de 20 ans à peine, vigoureuse et d'une bonne constitution, qui, entrée trois mois après son accouchement pour un vaste abcès du sein, fut prise de pourriture d'hôpital dans la salle, au moment même où plusieurs femmes en couche succombaient à cette forme. Nous pûmes constater chez elle, sur la plaie du sein, la même couche d'un gris-verdâtre; il s'en échappait la même sanie putride, la même odeur gangréneuse, et nous pûmes noter sur elle le même ordre de phénomènes généraux, car elle succomba en peu de jours à cette terrible complication. C'est donc à la véritable *pourriture d'hôpital* (forme diphthéritique) que l'on a affaire dans les cas de ce genre, et c'est une variété de lésion bien importante à joindre à celles que nous avons déjà vues, si l'on veut bien saisir les diverses nuances des formes pathologiques que présentent les femmes en couches.

Ne vous semble-t-il pas, maintenant, que j'avais quelque raison de faire des réserves sur les faits que je rappelais l'autre jour, et qui sont signalés dans la thèse de mon élève et ami, M. Tarnier, comme des exemples de *fièvre puerpérale* sans lésions anatomiques. Car, outre qu'il y est dit que le pus a été cherché dans les veines de l'utérus ou dans celles du bassin, ce qui n'établit pas que le tissu du col ait été exploré suffisamment, et vous savez quelle valeur j'attache à cette recherche, je vois que, dans les deux premières observations, la face interne de l'utérus offrait un enduit grisâtre et épais qui, selon l'auteur, s'*observe* ordinairement à cette

époque de l'état puerpéral, et que, dans le troisième fait, la face interne de l'*utérus était fétide, d'un gris-noirâtre,* etc.

Ce sont là, à n'en pas douter, trois exemples de *pourriture d'hôpital,* comme ceux que j'ai eu l'honneur de vous exposer tout à l'heure.

Je ne puis pas accepter, et vous n'accepterez pas non plus que la face interne de l'utérus soit normalement couverte d'un enduit grisâtre, épais, fétide, à quelque époque que ce soit de la couche. Jamais cela ne s'est présenté chez les femmes mortes vers cette période, à la suite d'affections autres que la maladie qui nous occupe ; jamais cela n'existait non plus chez les femmes qui ont succombé avec du pus dans les veines, ou avec des complications péritonéales. L'utérus, alors, n'est nullement grisâtre et pulpeux à sa face interne, et il n'est pas non plus fétide. Sa couleur est d'un jaune rosé, ponctué de marbrures légères et rouges ; sa surface est couverte d'une couche de liquide onctueux, puriforme, un peu rosé, filant, comme sont les lochies à cette époque, c'est-à-dire comme doit l'être un mélange de pus, de mucus et d'un peu de sang ; l'odeur qu'on y rencontre est une odeur fadasse, écœurante comme celle des lochies elles-mêmes, mais nullement fétide, comme la sanie de la pourriture d'hôpital. En prenant les termes mêmes employés par ceux qui ont rapporté ces exemples, je refuse à ces faits la valeur qu'on a voulu leur donner, et ce que je viens de dire montre combien je suis fondé à le faire.

Ainsi, mon cher maître, chez bon nombre de nos femmes (33 sur 65, car il convient d'éliminer ici les 20 femmes entrées malades, mon attention n'ayant été éveillée au moment où je les observais que sur l'existence du pus dans les veines), chez bon nombre de nos femmes, dis-je, moitié environ, à la présence du pus dans les veines, s'est jointe l'existence de la *gangrène directe, traumatique* (11 fois), et celle de la *pourriture d'hôpital* (22 fois).

Ni l'une ni l'autre de ces complications n'est indifférente, dans la question qui nous occupe, l'une et l'autre sont établies par des faits péremptoires et assez nombreux ; l'une et l'autre constituent des lésions locales, rencontrées chez des femmes devenues malades quelquefois dès le premier jour de leur couche, et mortes du deuxième au huitième ou neuvième jour pour la plupart.

Jusqu'ici, vous le voyez, nous ne trouvons dans les lésions que j'ai observées rien qui soit insolite en pathologie. *Phlébite, gangrène, pourriture d'hôpital,* ce sont là des termes habituels, des lésions connues, étudiées aussi dans leurs détails anatomiques, dans leurs symptômes, partout ailleurs que dans les salles d'accouchement, et qui, en tant que lésions, n'ont rien offert de particulier chez nos femmes en couches, rien qui puisse permettre de séparer nosologiquement nos exemples des observations chirurgicales relatives à ces trois états, abstraction faite, bien entendu, du siége de l'altération, l'utérus pour les unes, les plaies et les moignons pour les autres.

Trouverons-nous, dans ce qui me reste à vous retracer, des lésions qui aient une autre valeur et qui, étant spéciales à la femme en couche, puissent permettre de délimiter chez elle une maladie qui soit propre à cet état ? Je ne le crois pas.

Pour finir ce qui a trait aux faits que j'ai observés, j'ai encore à analyser avec vous les cas dans lesquels le péritoine a été altéré, afin de bien démêler, par un examen rigoureux, la marche, la forme, et partant, la valeur de cette altération de la séreuse abdominale.

C'est là ce que j'aborderai dans ma prochaine lettre.

Veuillez recevoir, en attendant, cher maître, l'expression de mon respectueux attachement.

Votre bien dévoué de cœur,

BÉHIER.

Troisième Lettre.

Mon cher maître,

J'arrive maintenant à l'étude des lésions du péritoine. Elles ont acquis, dans la question que j'examine devant vous, une valeur considérable. Cette valeur, à mon sens, est tout à fait excessive; les faits me l'ont démontré, et j'espère le prouver par leur analyse attentive.

On ne prend pas, en général, assez de soin quand on étudie une question de rechercher et d'examiner ses origines, si l'on peut s'exprimer ainsi, c'est-à-dire qu'on ne s'enquiert jamais suffisamment de ce que pouvait être l'état des esprits sur cette question au moment où elle a été portée pour la première fois devant le public, comme aussi des doctrines générales qui régnaient au même moment. On ne recherche pas toutes les coïncidences de cette sorte qui peuvent être relevées et qui donneraient souvent d'utiles enseignements. On prend assez volontiers les questions telles qu'on les reçoit, et si on leur fait subir dans son esprit quelque modification, on est généralement enclin, sauf étude spéciale, à accepter une grande part de ce que la tradition nous livre.

C'est là un tort grave, qui conduit à laisser les questions dans une fausse voie, une fois qu'elles y sont entrées. Si nous parcourions ensemble les cadres de la nosologie, nous trouverions, à coup sûr, de nombreuses traces de ces influences rétrospectives, et nous pourrions même souvent mettre des noms propres sur les idées

peu régulières, acceptées cependant sans contrôle. Semblable chose est arrivée pour la péritonite des femmes en couches. Si nous recherchons ses origines, nous reconnaîtrons que les études de plusieurs auteurs, et spécialement celles de Gasc, en fixant sur la péritonite l'attention du public médical, ont conduit à mettre en saillie cette terrible affection et ont contribué, pour une part, à faire accorder à la phlegmasie du péritoine une influence prépondérante parmi les accidents que peut subir la femme après l'accouchement.

De cette opinion née des faits à une doctrine véritable qui a présenté la phlegmasie du péritoine comme l'expression de la fièvre dite puerpérale, la pente était facile. L'épanchement péritonéal était une circonstance anatomique trop palpable pour la rejeter sur le second plan, surtout au moment où on attachait une grande importance à cette phlegmasie. Alors on a dit *péritonite puerpérale, fièvre puerpérale exprimée par une péritonite*, etc., sans rechercher la forme habituelle du phénomène anatomique, sans s'appliquer à démêler la valeur des circonstances dans lesquelles il se développait, et la marche qu'il suivait dans son évolution.

Je comprends, du reste, parfaitement la préoccupation qu'a pu faire naître la présence des désordres péritonéaux. Elle se lie à la gravité très réelle qu'ajoute, à une situation quelle qu'elle soit, un élément pathologique d'une telle importance. L'étendue de cette séreuse, les liens sympathiques qui l'unissent à l'économie tout entière, sont des conditions qui font comprendre un peu pourquoi et un peu comment l'inflammation de cette membrane est si habituellement grave.

Cette gravité même a servi la théorie pour ainsi dire, et on a tout naturellement rapporté l'état grave des femmes en couche à la grave phlegmasie qui fait partie des phénomènes observés. Seulement, comme la péritonite ne rendait pas compte de l'ensemble

des phénomènes, on l'a subordonnée à l'influence de la maladie dont on admettait l'existence et à laquelle on a attribué alors tout ce que la phlegmasie péritonéale ne pouvait pas commodément expliquer.

Lorsqu'on examine avec attention les faits, et lorsqu'au lieu de prendre la péritonite en bloc, pour ainsi dire, on cherche à démêler les circonstances diverses qui se rapportent à son apparition, à son développement, à sa marche, on change nécessairement de manière de voir sur la valeur des altérations péritonéales. Les observations que j'ai pu relever ont mis complétement hors de doute pour moi :

Que les altérations du péritoine sont de nature purement phlegmasique.

Que loin d'être une affection primitive, liée directement, à titre d'effet direct, à une cause spéciale (j'allais presque dire spécifique), la péritonite est une phlegmasie purement secondaire, subordonnée aux altérations utérines.

Si j'analyse avec soin les observations que j'ai pu recueillir, je vois que la péritonite a été rencontrée à l'autopsie 52 fois. Mais quand j'entre dans l'étude plus attentive de ce fait, quand je ne me borne pas à constater l'existence d'une lésion péritonéale, voici ce que je remarque :

Sur ces 52 exemples, 28 fois la péritonite a été tout à fait localisée au voisinage des annexes utérines, au petit bassin ou aux fosses iliaques. 16 fois très marquée et très largement exprimée aux mêmes siéges, elle a poussé des irradiations bien moindres sur les autres organes, comme les parties les plus voisines des intestins grêles, tout le côté droit de l'abdomen, jusqu'au foie. Enfin, 5 fois seulement elle a été assez généralisée, quant à ses expressions anatomiques, et leur intensité a été assez égale dans toutes les régions abdominales, pour qu'il ait été impossible d'affirmer, par la seule inspection anatomique, que la phlegmasie péritonéale avait

eu tel ou tel point de départ. Sur 3 autres observations, les détails relatifs au péritoine manquent ou sont insuffisants au point de vue qui nous occupe.

Ces chiffres ne sont pas, ce me semble, indifférents; ils établissent bien nettement, selon moi, la subordination de l'élément péritonéal à l'élément utérin. Les détails confirment pleinement cètte opinion.

Ainsi, j'ai trouvé la péritonite limitée chez une femme à quelques traces pseudo-membraneuses au niveau de la trompe droite, qui était saine d'ailleurs, et au niveau du repli rétro-utérin. Ces fausses-membranes étaient fibrineuses, peu adhérentes, offrant tous les caractères d'une formation un peu ancienne, la femme avait été longtemps malade.

Ailleurs, j'ai trouvé la péritonite tout à fait limitée au pourtour du pavillon d'une trompe, lequel était comme engoué, englué par le dépôt plastique. Ou bien encore une fausse-membrane enveloppait un ovaire profondément altéré, et lui formait comme une enveloppe pseudo-membraneuse.

Ces faits divers ne sont pas des exemples uniques, ils sont assez multipliés, comme aussi ceux qui présentent les altérations de la séreuse limitées aux fosses iliaques, dans lesquelles sont soudés les ovaires et les trompes, ou encore au petit bassin, de telle façon, pour ces derniers, par exemple, qu'on pouvait penser, au premier examen, qu'il n'existait aucune trace de péritonite jusqu'au moment où, soulevant l'utérus, on pénétrait dans le petit bassin rempli de pus phlegmoneux et de débris fibrineux plus consistants. Enfin, c'est encore, dans certaines observations, autour de l'un des ligaments ronds qu'existaient les fausses-membranes sans grand épanchement dans le petit bassin, et, dans deux autres, les fausses-membranes entourées d'un petit épanchement purulent réunissaient l'ovaire et la trompe à la masse utérine, sur le fond de laquelle ils

se repliaient, au lieu de gagner les parties latérales de l'abdomen vers les fosses iliaques.

De ces lésions péritonéales toutes locales, mes observations me conduisent, par des gradations assez nuancées, jusqu'à la péritonite généralisée, mais dans laquelle les lésions sont toujours plus intenses et d'un âge plus avancé au voisinage des annexes. Il y a mieux, c'est que, dans beaucoup d'observations, on peut reconnaître, par l'examen des symptômes, le moment où la phlegmasie, d'abord restreinte et très localisée, s'est étendue à une plus grande surface de la séreuse. Les nausées, les vomissements, le hoquet, l'altération spéciale de la face figurent au rang des symptômes les plus importants. La douleur peut aussi s'étendre vers le reste du ventre, mais souvent ce symptôme est nul, en raison de l'état général de la malade, qui n'a plus que des perceptions obtuses.

Ainsi, les faits ne me permettent pas d'accepter la péritonite comme autre chose que comme une phlegmasie secondaire, émanant d'organes que recouvre la séreuse ou qui sont en sympathie directe avec elle.

Parmi ces organes, il en est deux sur lesquels je désire appeler spécialement votre attention, je veux dire les trompes et les ovaires. Vous avez dû observer bien souvent leurs lésions; vous avez dû rencontrer ces trompes volumineuses contenant souvent du pus véritable dans leur cavité, même chez des femmes qui n'ont pas d'épanchement péritonéal considérable. Ce volume est quelquefois augmenté par la distension de la grande veine qui rampe à la partie inférieure de la trompe et qui est alors remplie de pus phlegmoneux. Souvent aussi on trouve le volume de la trompe augmenté par l'infiltration d'une véritable lymphe plastique dans les mailles de son tissu.

Ce qui n'est pas moins remarquable dans certains cas que vous avez dû rencontrer comme moi, c'est l'état dans lequel on trouve

les pavillons. Dans une première variété, les franges sont démesurément étendues, sous forme de longs filaments rouges tuméfiés et disposés en houpes. Le tissu qui les compose est rosé, et l'on voit sur ce fond ainsi coloré, se dessiner une multitude de vaisseaux d'un rouge plus vif qui, par leur disposition longitudinale et parallèle les uns aux autres, rappellent les veines rouges de certaines agathes à fond rosé et à veines sanguines. Les franges du pavillon avaient, dans deux observations de ce genre, contracté des adhérences récentes avec le fond de l'utérus et avec un point du ligament large correspondant.

Dans d'autres exemples, le pavillon, comme la trompe elle-même, est épaissi et imprégné de lymphe plastique coagulée, sans qu'on puisse voir là des fausses-membranes péritonéales déposées à sa surface. C'est une lésion plus profonde, et c'est dans l'épaisseur du tissu du pavillon lui-même, que la lymphe est épanchée, et elle peut en tripler ou en quadrupler ainsi le volume.

Enfin, commeje vous l'indiquais tout à l'heure, on trouve encore un énorme paquet pseudo-membraneux appartenant à la phlegmasie péritonéale et engouant, empâtant, permettez-moi ce mot, le pavillon tout entier, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas d'adhérences entre cette masse pseudo-membraneuse et les points les plus voisins. J'ai observé 20 fois ces lésions diverses à un haut degré, 12 fois sur une trompe et 8 fois sur les deux en même temps.

Les ovaires sont également le siége d'altérations nombreuses. A un certain degré, ils sont développés, plus que doublés de volume. Leur surface extérieure est d'un blanc nacré, leur tissu intérieur est d'un gris foncé, tirant sur le brun et infiltré de sérosité, qui, lorsqu'elle s'écoule par la pression, ne présente pas de coloration spéciale. Ailleurs, dans ce tissu ainsi coloré, on trouve des gouttelettes de pus phlegmoneux, ou même de petites collections plus circonscrites au milieu des diverses parties qui

constituent normalement l'ovaire, et qui sont encore perceptibles malgré l'infiltration séro-plastique.

L'ovaire peut encore, comme j'en ai observé tout récemment un exemple, offrir environ le volume d'une petite orange dite mandarine. Son tissu est dense et cependant très friable ; à la coupe, il présente une teinte rose jaunâtre. Toutes les parties qui le constituent sont comme comprimées par l'épanchement d'une sorte de lymphe plastique en voie de conversion purulente. Dans cet état, l'ovaire ressemble assez exactement à une portion de poumon hépatisé au troisième degré. La présence des ovules dont la cavité est presque effacée, celle de petits épanchements sanguins, ou d'injections vasculaires de couleur rouge, ajoutent encore à la similitude d'aspect. De larges plaques pseudo-membraneuses couvrent la surface externe de l'ovaire ainsi altéré. J'ai rencontré cette forme, dont j'ai pris le croquis sur les deux ovaires à la fois, chez une même femme.

Chez d'autres, l'ovaire doublé et même quadruplé de volume recouvert d'une coque pseudo-membraneuse, offre une teinte tout à fait acajou, coupée çà et là d'arborisations ou de larges plaques d'un rouge vif. Le tissu, soit à l'extérieur sous les fausses-membranes, soit à l'intérieur, est comme tomenteux, plus lourd qu'à l'état normal, mais très friable; si on voulait chercher un terme de comparaison, on le trouverait assez exact dans l'hépatisation rouge du poumon enflammé au deuxième degré.

Enfin, l'ovaire peut être tellement ramolli et diffluent, qu'en cherchant à le détacher des organes voisins il s'écrase complétement et se réduit en une pulpe gluante puriforme sous la main qui le presse.

J'ai rencontré 35 fois ces diverses lésions de l'ovaire, 19 fois sur un seul ovaire; 16 fois sur les deux organes en même temps; 13 fois l'ovaire était simplement augmenté de volume et infiltré;

22 fois il était purulent, dont 15 fois d'un seul côté et 7 fois des deux en même temps.

23 fois l'ovaire fut atteint sans que les trompes aient été altérées d'une façon notable, et dans 12 autres exemples les trompes furent malades en même temps que les ovaires, et toujours sauf une exception du même côté.

Ce sont là encore des lésions graves, d'une valeur considérable, et qui, dans l'appréciation du rôle qui peut être assigné aux lésions péritonéales, offrent pour leur part une signification réelle.

C'est, en effet, toujours comme je vous l'ai dit, autour des annexes, et surtout des annexes ainsi altérées (trompes et ovaires), que les désordres péritonéaux ont été le plus marqués, ce qui vous paraîtra certainement, comme à moi, une preuve de l'influence que ces lésions des annexes ont sur la production de la péritonite.

Enfin, il convient d'ajouter que toujours le ligament rond, soit d'un côté, soit de l'autre, ou des deux à la fois, avait gardé un volume considérable chez les femmes qui ont succombé.

En présence de tous ces faits, je ne puis pas, quant à moi, accepter la péritonite comme une affection primitive. On m'objectera probablement que, dans la première lettre que j'ai eu l'honneur de vous adresser, j'ai cité l'exemple d'une femme qui, sans altération des trompes ou des ovaires, sans lésions des veines ou de la face interne de l'utérus, avait été atteinte de péritonite et avait succombé à cette affection. Mais, dans ce fait même, j'ai constaté pendant la vie l'existence de symptômes locaux très marqués du côté de l'utérus avant le développement des phénomènes qui se rapportaient à la phlegmasie péritonéale.

D'ailleurs, est-ce chose singulière, en pathologie, que cette subordination de la péritonite aux lésions d'autres organes ? Tant s'en faut. Les péritonites primitives sont rares, si rares même, que bon nombre d'auteurs en nient l'existence, et que si on en peut

noter quelques exemples, ils n'en sont pas moins assez peu fréquents pour qu'on ne les accepte qu'avec une grande méfiance et sous toute réserve. J'en ai rencontré seulement deux faits probables depuis que je suis à même d'observer dans les hôpitaux, et c'est un bien petit nombre, si on le compare à celui des péritonites liées aux désordres des organes abdominaux que je pourrais citer. Il est hors de doute que, pour être secondaire et subordonné, cet accident n'en a pas moins une expression symptomatique très violente quand l'élément péritonéal domine et que la phlegmasie séreuse est assez étendue, et qu'il a aussi une grande importance pronostique; mais autre chose est la gravité d'une affection, autre chose est sa valeur nosologique.

Je n'hésite donc pas, quant à moi, en me fondant sur les observations dont j'avais l'honneur de vous indiquer plus haut les détails, à considérer la péritonite chez les femmes en couches comme très habituellement consécutive aux lésions de l'utérus et de ses annexes.

Maintenant pourquoi cet accident est-il si fréquent chez les femmes en couche? Cela n'a rien de surprenant. Si, en effet, on examine de près la prépondérance relative des divers organes dans la production de la phlegmasie péritonéale, étudiée en général et en dehors de la variété spéciale dont il s'agit, on trouvera que, assurément, l'utérus est, de tous les organes abdominaux, celui qui retentit le plus facilement et le plus complétement sur le péritoine, et cela dans une proportion considérable. Or, quand on voit la menstruation, par exemple, déterminer une phlegmasie péritonéale, et les cas de ce genre ont été observés, on conviendra que ce serait merveille qu'il n'en fût pas de même à propos des désordres que nous venons de voir se développer si fréquemment dans l'utérus et dans ses annexes après l'accouchement, désordres bien autrement graves, à coup sûr, que ceux qui constituent l'époque menstruelle, si régulière qu'elle se présente.

Ensuite, permettez-moi de vous faire remarquer que si la péritonite était, en réalité, une manifestation primitive chez les femmes en couches, que si elle était à elle seule l'expression de la cause morbide (toutes réserves faites sur la réalité et sur la valeur de cette dernière), on devrait la rencontrer plus souvent sans lésion aucune de l'appareil utérin. Or, mes observations montrent non pas seulement la rareté, mais bien l'absence de péritonite ainsi isolée. Quant aux exemples de cette sorte, souvent cités dans les discussions, j'en examinerai tout à l'heure la valeur.

Enfin, il n'est pas jusqu'à la forme symptomatique de cette variété de péritonite qui ne démontre qu'elle est tout à fait secondaire, subordonnée et ordinairement circonscrite. En effet, dans la très grande majorité des cas, on ne voit que peu de vomissements, ou de rares nausées, tandis que ces symptômes sont presque constants et très intenses quand la péritonite est le phénomène prépondérant, même à l'état subaigu. Il en est de même de la douleur, laquelle, à peine perçue dans la forme que je cherche à analyser ici, est, au contraire, très manifeste dans la péritonite où elle forme un signe des plus pénibles et des plus caractéristiques. Cette remarque est si exacte que, au moment où la péritonite, chez certaines malades, vient à se généraliser, c'est-à-dire à prendre une existence prépondérante par le fait de sa propagation à de plus larges surfaces, on voit l'ensemble de phénomènes que je rappelais se dessiner plus franchement chez les femmes en couches, quelle que soit la situation dans laquelle elles se trouvent d'ailleurs.

Cette analyse des faits, considérés non plus dans leur ensemble, mais dans toutes leurs particularités, ôte à la péritonite une grande partie de la valeur nosologique qu'on lui avait accordée chez les femmes en couches.

Il n'y a donc pas besoin, pour fixer la valeur de cet ordre d'ac-

cidents, d'admettre l'existence d'une diathèse propre à la femme en couche, comme le fait M. Beau, et les faits bien observés et bien analysés me font reconnaître que ce n'est pas, comme le veulent MM. Depaul et Beau, la péritonite qui se manifeste le plus souvent chez les femmes, puisque nous avons vu que la phlébite tient une plus large place et coexiste même chez les femmes atteintes de péritonite; et que bien positivement cette phlegmasie de la séreuse abdominale offre à peu près constamment les caractères d'une affection secondaire, subordonnée aux lésions utérines, au niveau desquelles elle est souvent limitée, et au niveau desquelles elle débute d'ordinaire, comme le prouvent ses caractères anatomiques plus nettement exprimés sur ces points. Je ne crois pas non plus, pour le dire en passant, que, dans les mêmes circonstances, la gravité de la lésion péritonéale s'annonce dès le début, ainsi que le veut M. Beau. J'ai eu l'honneur de vous dire, en effet, qu'on voit souvent la phlegmasie séreuse d'abord peu intense et circonscrite, éclater tout à coup en symptômes violents, alors qu'elle se généralise et qu'elle aggrave ainsi d'une façon notable l'ensemble déjà complexe des phénomènes éprouvés par la femme en couche.

En retirant, les faits à la main, comme je viens de le faire ici, toute valeur à la péritonite, en tant que forme primitive, vous voyez, mon cher maître, que je ne saurais accorder à certains travaux, souvent cités dans tout ce qui se dit et dans tout ce qui s'écrit sur la question qui nous occupe, l'importance qu'on leur a attachée en les citant un peu sur parole, si je puis m'exprimer ainsi.

Dans ce nombre, je trouve tout d'abord la thèse de mon élève et ami M. Lorain. Nul ne sait mieux que moi tout ce que vaut notre jeune confrère, nul n'a pour lui plus d'affection que moi, car nul n'a mieux que moi été à même de bien apprécier les char-

mantes qualités de son cœur, comme aussi toute l'ardeur et toute la vivacité de son esprit. Mais, comme l'a dit un de mes amis, qui est aussi des siens, on ne tombe jamais que du côté où l'on penche et je conçois qu'il soit tombé du côté des idées ingénieuses, séduisantes par leur originalité même. Je conçois qu'il ait accepté l'aide de son imagination bien plutôt que celle d'une analyse rigoureuse et sévère. Cela paraît tout naturel, car l'imagination est toujours si vive, si allègre chez lui, et elle le sert généralement si bien! Puis ceux dont les rapprochements pathologiques, tentés par mon spirituel ami, servaient les doctrines, sont venus applaudissant à ses efforts, et ont bientôt, à grand renfort d'affirmations, converti en preuves et en démonstrations, les tentatives d'un esprit trop charmant pour qu'on pense à lui demander une précision que, du reste, l'âge qu'il avait lorsqu'il a écrit sa thèse, ne comportait que difficilement. J'ai lu avec grand soin, avec tout le soin qu'inspire une réelle affection, la thèse de mon jeune ami, et je ne puis accorder à la péritonite la valeur qu'il lui assigne d'une part comme accident primitif, et d'autre part comme accident suffisant à caractériser ce qu'il appelle la fièvre puerpérale.

Je ne puis pas accepter, par exemple, que chez ses fœtus mort-nés qui, au nombre de 10 sur 106, ont présenté les lésions de la péritonite, il soit établi que cette péritonite était une expression de la *fièvre puerpérale*, parce que 3 des mères de ces enfants ont succombé aux suites de leurs couches. Ces trois femmes auraient donc transmis par anticipation à leurs enfants une affection qu'elles n'avaient pas encore, puisque les fœtus sont morts plusieurs jours avant la couche, et elles auraient servi à leur transmettre une influence pathologique à laquelle elles n'étaient pas encore soumises, puisque 7 fois sur 10 la mort des fœtus est antérieure à l'entrée des mères à l'hôpital qui représente le foyer d'infection épidémique. (Prop. 10 de M. Lorain, p. 19.) En outre, les sept autres

femmes, qui sont restées bien portantes, même en étant placées au milieu des salles de la Maternité, auraient donc pu voir un agent morbide capable de tuer leur enfant, traverser leur organisme, pour parvenir jusqu'au fœtus, sans en subir elles-mêmes l'action et sans conserver aucune trace de son passage. Il faut une robuste foi en la parole de ceux qui vous entourent ou une imagination ardente pour voir dans ces faits des exemples d'une influence exercée simultanément sur la mère et sur l'enfant, alors que la première reste saine. J'ajouterai que, selon moi, une coïncidence de 3 faits sur 10 exemples est bien faible pour prouver cette connivence pathologique, comme aussi que 10 faits sur 106 sont une proportion bien minime pour démontrer la valeur de la péritonite comme signe de la fièvre puerpérale.

En outre, en analysant avec soin ces dix observations prises sur des fœtus mort-nés, on trouve dans les observ. I, II, III, VI des maladies antérieures de la mère ou des accidents capables d'avoir agi sur le fœtus. Dans l'observation IV, le fœtus de 7 mois est déjà mort depuis plusieurs jours, et présente des traces de macération, laquelle peut bien aider à expliquer la mort de la mère. Dans l'observation VII, le fœtus de 7 mois, dont la mère eut une grossesse pénible et fut exposée à des fatigues, a cessé de remuer depuis huit jours au moment où il est expulsé. De même, dans l'observation VIII, l'enfant a cessé de remuer depuis huit jours, et est en pleine macération.

Ces faits, je l'avoue, me semblent tout simplement 10 exemples de péritonite chez le fœtus, analogues à ceux que Billard a présentés, et qui peuvent être rapportés à des maladies du fœtus causées soit par une maladie antérieure de la mère, soit par des fatigues, de la misère ou par d'autres circonstances fâcheuses de sa vie. Les observations de 3 mères qui, après avoir mis au monde des fœtus morts depuis plusieurs jours et offrant des altérations

phlegmasiques du péritoine, sont frappées, après leurs couches, d'accidents qui les tuent, me semblent 3 faits de simple coïncidence, surtout quand je vois dans l'observation I la mère succomber avec rétention d'une portion de placenta et putrescence de l'utérus, circonstances bien étrangères à toute solidarité entre la mère et l'enfant. Si un rapport devait être nécessairement établi entre l'enfant et la mère dans ces exemples, j'accuserais plutôt l'influence fâcheuse d'un enfant en macération sur la production des accidents éprouvés par la mère après les couches.

Ce sont là des explications bien moins originales que la communauté de fièvre puerpérale qui unit l'enfant à la mère, mais j'avoue en toute naïveté qu'elles me semblent plus acceptables parce qu'elles sont plus vraisemblables, car elles rentrent dans des faits d'un ordre connu en pathologie, sans forcer aucune analogie.

Quant aux enfants nouveau-nés, sur 193, M. Lorain en a vu succomber 30 à la péritonite. Je ne puis pas non plus accepter son dire sur la valeur de cette affection qui, dans les 30 observations, est considérée par lui comme maladie primitive, comme expression directe de la fièvre puerpérale.

Sur ces 30 enfants, en effet, 16 présentent des lésions des vaisseaux ombilicaux; 11 n'offrent pas ces altérations, mais on a observé chez eux, comme coïncidences, de l'ictère, ou du sclérème ou encore un état de développement et d'altération considérable de la rate. 2 observations sont douteuses faute de détails; 1 ne présente pas d'autopsie. Je sais bien que M. Lorain ne veut pas que les lésions des vaisseaux ombilicaux aient la moindre valeur dans la production du désordre péritonéal, et que ces altérations, comme la péritonite, qu'il croit primitive et non subordonnée, résultent, pour lui, de la fièvre puerpérale; mais je cherche même, aux pages 62 et suivantes, des preuves; je trouve des assertions sur cette influence de la fièvre puerpérale, pas une seule démonstration.

« En quoi les lésions des vaisseaux ombilicaux qui contiennent » des caillots grisâtres et même du pus expliquent-elles la péri» tonite, » demande M. Lorain, p. 63. Mais, en vérité, il me semble assez simple de croire que l'altération des vaisseaux ombilicaux peut déterminer la phlegmasie de la séreuse péritonéale si voisine, quand on voit du pus dans la veine ou du pus dans l'artère ombilicale. Ce retentissement sur une séreuse voisine rentre dans l'ordre des faits bien démontrés en pathologie, et, pour se se les expliquer, il n'est pas besoin de bâtir une hypothèse ni d'admettre l'existence d'une maladie essentielle, affirmée sans démonstration.

Il est donc bien difficile d'accepter de tels faits autrement que comme des cas de péritonite purement secondaires à la lésion des vaisseaux. Pour les 11 autres exemples, outre les altérations indiquées qui, telles que l'affection de la rate, l'ictère, le sclérème, ont une grande valeur et défendent d'accepter ces faits comme des cas de péritonites primitives, on est conduit, dans leur examen, à relever l'importance d'une cause sur laquelle on n'a pas assez insisté, je veux dire l'influence du froid, qui, agissant vivement sur le nouveau-né, ainsi que le prouve le sclérème souvent mentionné dans ces exemples de péritonite, peut bien avoir une part d'action peut-être considérable sur le développement de la phlegmasie séreuse comme sur celui des épanchements pleurétiques ou méningés, que cependant on rapporte également à la fièvre puerpérale, sans chercher à voir s'ils ne sont pas des accidents tout simples, tout naturels et du même ordre que ceux qu'on observe sous l'influence du froid et chez l'adulte en dehors de toute circonstanc puerpérale.

Enfin, mon cher maître, accepterai-je les faits cités par M. Depaul et par mon jeune ami M. Tarnier comme des exemples de péritonites puerpérales véritables et primitives?

Examinons-les si vous voulez le permettre. Dans celui qu'a cité M. Depaul, lors de son discours académique et qui se rapporte à une élève sage-femme prise en l'année 1839 pendant une grave épidémie de fièvre puerpérale, cet honorable académicien dit qu'après avoir soigné une femme malade, cette jeune fille fut atteinte d'un frisson violent que suivirent bientôt tous les symptômes de la fièvre puerpérale. Il a négligé de rapporter ces symptômes, et cela est fâcheux, pour un cas rare sur lequel il s'appuie comme sur une preuve démonstrative, pour un cas, enfin, qui devrait clore la controverse au lieu de l'alimenter. Ces symptômes, selon l'Union Médicale (1855, p. 107, nº 26), sont : « frisson intense, ventre très douloureux, pouls petit et fréquent, » vomissements verdâtres, diarrhée. La malade mourut en qua- » rante-huit heures. » M. Depaul a dit trois jours. M. Depaul constata toutes les lésions habituelles de la fièvre puerpérale. Ces derniers termes sont encore bien vagues, mais nous devons croire qu'il s'agit ici d'une péritonite, puisque M. Depaul cite comme semblables les faits de M. Tarnier, lequel, chez une première élève, n'a pas trouvé, à l'autopsie, d'autres lésions que celles du péritoine et n'a pas observé d'autres symptômes que ceux d'une péritonite, sur l'élève qui a guéri. Je vais plus loin : si on lit avec attention, comme je le fais encore en ce moment, les deux observations de M. Tarnier, il est impossible de rien y voir qui sépare ces deux exemples des péritonites inflammatoires les plus simples. En quoi sont-elles puerpérales? en quoi se rapportent-elles à une maladie particulière délimitée à part et essentielle. J'avoue que symptômes et lésions n'offrent absolument rien de spécial, rien qui diffère de ce qu'on rapporterait pour des péritonites purement inflammatoires. Les deux malades de M. Tarnier étaient au moment de l'époque menstruelle. Sont-ce là des péritonites primitives essentielles; faut-il une cause essentielle pour expliquer

leur apparition; n'en voit-on pas de semblables sans qu'aucune influence puerpérale soit possible à invoquer, et par le seul fait de l'extension au péritoine de l'influence menstruelle, déviée de la normale dans ces exemples. La malade de M. Depaul n'était pas, a-t-il dit, à son époque menstruelle, et elle était vierge. Mais je pourrais citer ici l'exemple d'une jeune fille de 20 ans, qui vient de succomber dans mes salles, il y a peu de semaines, à une péritonite, dont l'observation pourrait être retracée exactement par la première de celles qu'a données M. Tarnier. Or, cette jeune fille était vierge comme l'élève que cite M. Depaul; comme elle, elle était en dehors de l'époque menstruelle, mais elle présentait, outre l'épanchement péritonéal, purulent, général et considérable, un gonflement notable de l'une des trompes, dont le pavillon était encroûté de fausses-membranes.

Cette lésion démontre qu'ici, encore, le système utérin a été le point de départ de la phlegmasie séreuse; ce que tend encore à confirmer l'existence d'une douleur lombaire assez marquée que cette jeune fille accusait comme un des prodrômes de sa maladie et qui était telle, qu'on pensa d'abord à la coexistence d'une néphrite.

L'observation de cette jeune fille prouve, comme celle de M. Tarnier, que la péritonite, là encore, n'a pas été primitive. L'observation de M. Depaul est probablement de même nature, autant qu'on peut en juger par les symptômes (vomissements verdâtres, pouls petit, fréquent, douleurs vives), et en l'absence de tout détail de l'autopsie. Seulement, permettez-moi d'ajouter que rien, dans les faits de ces deux messieurs, ne démontre la contagion qu'ils affirment et que rien n'établit la nature particulière, *puerpérale* de la maladie, malgré la dénomination de *fièvre puerpérale* qu'ils lui donnent.

La seule circonstance est la présence de leurs élèves au milieu

de femmes malades. Mais est-ce là une preuve sérieuse ? Est-ce là une démonstration ? J'avoue que, pour ma part, je n'en vois nulle trace, et que j'attends, pour voir là des faits de contagion, des motifs plus péremptoires, des déductions plus rigoureuses. L'observation de la jeune fille que j'ai observée était de tous points semblable à celle de la malade de M. Tarnier et à celle que cite M. Depaul, et cependant elle n'avait absolument rien de commun avec la puerpéralité et avec les milieux où se rencontrent des femmes en couches ; elle est venue de la ville, alors qu'elle était déjà malade. Non, ce ne sont pas là des exemples bien établis d'affections particulières, de formes distinctes nées du contact des malades. Cette assertion ne résiste pas à une analyse attentive. Ce sont là de simples coïncidences et non des rapports de cause à effet.

Est-il donc si singulier, d'ailleurs, que sur un nombre considérable de jeunes femmes qui passent à la Maternité et à la Clinique, trois, quatre, ou même, si l'on veut, dix d'entre elles sont atteintes de péritonites, au moment de leurs règles, ou après cette époque ?

Est-ce chose étrange que cette maladie en pareille circonstance, et les élèves sages-femmes, parce qu'elles sont élèves de la Maternité ou de la Clinique, doivent-elles être de toute nécessité indemnes d'affections que nous voyons se développer sur d'autres femmes, elles surtout qui sont soumises à une existence beaucoup plus fatigante que les personnes de leur sexe ne le sont d'ordinaire. Et quand, en tant que femmes, elles seront atteintes de ces mêmes affections, faudra-t-il aussi, de toute nécessité, croire qu'elles soient malades par le fait de l'influence épidémique qui frappe les malades qu'elles soignent, parce qu'elles sont en contact avec ces dernières ?

Non, encore une fois, j'ai beau chercher, je ne vois pas dans ces faits des exemples de contagion démontrée ; on ne fournit aucune

preuve, car affirmer n'est pas prouver! Non, je ne vois pas là une forme particulière de péritonite qui puisse être séparée des autres exemples à titre de variété spéciale et dite *puerpérale*. Je ne vois là que la coïncidence suivante : fréquentation de femmes malades et apparition d'une maladie qui se développe aussi ailleurs sous la même forme et en dehors de cette fréquentation. Enfin, aucun de ces exemples n'est de nature à isoler la péritonite de toute lésion, et notamment de celle des organes utérins.

Je me crois donc autorisé à considérer, ainsi que les exemples que j'ai observés m'ont conduit à le faire, la péritonite chez les femmes en couches comme une affection secondaire. Et je crois que les rapprochements tentés par M. Lorain, que les observations de MM. Depaul et Tarnier que je viens d'examiner, ne détruisent pas cette donnée nosologique bien importante dans la question qui nous occupe, abstraction faite des remarques que je pourrai avoir encore à reproduire sur ces derniers documents quand j'étudierai un autre point de vue de la maladie dont vous voulez bien me permettre de vous entretenir.

Je termine ici cette lettre déjà bien longue, en vous priant, cher maître, de recevoir l'expression nouvelle de toute mon affection.

Votre dévoué de cœur,

BÉHIER.

Quatrième Lettre.

Cher maître,

Dans les trois lettres qui précèdent, et que vous avez bien voulu recevoir avec bienveillance, comme vous recevez celle-ci, j'ai eu l'honneur de vous exposer les résultats auxquels m'avait conduit l'étude attentive des lésions anatomiques, chez les femmes qui ont succombé dans mon service. Ces lésions, j'ai besoin de le répéter ici, ont été relevées d'après des autopsies que j'ai faites moi-même et dont j'ai encore le détail sous les yeux en ce moment. Elles étaient le triste complément d'observations prises chaque jour au lit du malade.

Si je fais à nouveau cette remarque, c'est que je veux établir bien nettement la valeur des observations sur lesquelles je m'appuie, et bien vous convaincre, mon cher maître, que, dans l'examen de cette question, je n'ai jamais avancé d'un seul pas sans avoir sous le pied que je mettais en avant, une base solide reposant sur des faits examinés, retournés en tous sens, et discutés à part moi. Je ne cherchais pas à vérifier telle ou telle opinion sur la maladie que j'étudiais, mais je me proposais de constater des faits et d'en tirer des déductions, c'est-à-dire de reconstruire par la seule observation l'histoire des suites de couches et des accidents qui peuvent les compliquer. Je me suis attaché dès lors à me mettre, autant qu'il était en moi, en garde contre toute illusion, contre tout entraînement. Pour l'appréciation des exemples que j'ai eus sous les yeux,

je me suis imposé un calme, une sévérité et une lenteur qui, seuls, pouvaient me conduire à des résultats acceptables. Bien convaincu que le temps est un élément indispensable de toute étude, j'ai longtemps attendu, j'ai multiplié les observations avant de me poser des conclusions; ces conclusions je les ai discutées à part moi avant de les accepter, et je les ai contrôlées ensuite en présence de nouveaux faits. Dans toute question, sous peine d'aider seulement à l'obscurcir (et je doute qu'il y en ait peu de plus obscurcie que celle qui nous occupe), il est indispensable de bien établir la portée des documents que l'on produit à titre d'éléments de la discussion et de préciser avec rigueur les termes que l'on veut livrer à la circulation comme monnaie courante. Cette rigueur, c'est l'effigie qui assure la confiance du public sur la valeur de ce qu'on livre à son acceptation.

Si vous voulez bien le permettre, je rechercherai, si tout porte bien une telle marque, quand j'arriverai, comme je le ferai bientôt, à la discussion des opinions diverses émises sur la question qui nous occupe.

Avant de résumer en peu de lignes les altérations anatomiques que j'ai pu relever, permettez-moi d'ajouter l'indication de deux lésions qui compléteront le tableau. Sur un nombre peu considérable de femmes, 12 à 14 environ, j'ai trouvé le tissu cellulaire au niveau du col, infiltré de pus phlegmoneux, soit en avant, au niveau du repli vésico-utérin, soit en arrière, dans le tissu cellulaire qui sépare le col utérin du rectum ou bien encore de l'un ou de l'autre des deux côtés toujours au niveau du col. Cette infiltration paraît n'être autre chose que l'extension de l'altération des veines. Ainsi il est rare que les quatre régions que j'indiquais soient infiltrées à la fois de pus. Et dans la disposition de cette lésion on n'observe pas qu'elle s'étende et qu'elle s'irradie sans règle et sans direction, comme le pourrait faire une inflammation primitive et idiopathi-

que du tissu cellulaire. Presque toujours, au contraire, l'infiltration purulente que je signale est marquée du côté où se rencontrent les altérations des grosses veines, et surtout du côté où se retrouvent celles des veines plus petites du col, qui peuvent être en nombre tellement considérable, que le tissu ait une coloration puriforme. Chez une femme, notamment, tout le pourtour du col de l'utérus en dehors était entouré d'un tissu cellulaire gorgé de pus, alors que le col, dans toute sa circonférence, offrait du pus dans le tissu quasi-érectile qui le constitue.

Ailleurs, l'infiltration du pus du tissu cellulaire offrait la disposition suivante. Au niveau du col, à gauche, on trouvait une plaque purulente à peu près de la largeur d'une pièce de un franc, et deux prolongements, deux traînées véritables de pus imprégnaient le tissu cellulaire : l'une remontait le bord gauche de l'utérus jusqu'à l'insertion des annexes à l'angle gauche de cet organe, et l'autre s'étendait vers le paquet pampiniforme dont les veines étaient purulentes. Enfin, une autre fois, la traînée purulente suivait le ligament rond jusqu'à la paroi abdominale, et à l'insertion de ce dernier elle s'étalait en une large plaque également purulente.

C'est dans les cas où cette infiltration du tissu cellulaire existe que le pus se rencontre dans les lymphatiques. Cette altération du tissu cellulaire péri-utérin et péri-veineux (car on lui voit encore suivre le trajet des veines du ligament large dans certains exemples), me paraît la condition habituelle, je dirai presque nécessaire de la présence du pus dans les lymphatiques. J'ai rencontré à peine 7 exemples de cette injection purulente des lymphatiques. Dans l'un d'eux les lymphatiques, émanant d'une infiltration purulente dans le tissu cellulaire, au niveau de la face postérieure du col de l'utérus gagnaient, chargés de pus, la partie antérieure de la région lombaire, et le même liquide distendait le canal thoracique.

Dans une autre observation, le pus occupait les deux parties latérales de l'utérus, surtout la gauche, des vaisseaux lymphatiques distendus par du pus accompagnaient les deux veines ovariques, jusqu'au niveau de leur abouchement avec les gros vaisseaux, et étaient développés et nombreux principalement autour de la veine gauche. Les ganglions lymphatiques prélombaires étaient, dans ces deux exemples, d'une couleur rouge, mêlée de points jaunâtres; le liquide qui s'en échappait par la pression était d'un rouge trouble et d'apparence puriforme.

Je n'insisterai pas sur la description des abcès métastatiques dont j'ai rapporté par occasion un exemple dans les lettres précédentes. Ces faits sont rares relativement; ainsi, ils se sont manifestés dans la proportion que voici. Abcès métastatiques bien tranchés du poumon, 5 cas. — Noyaux d'hépatisation grise souvent fort étendus, 3 observations. — Plus, cas douteux de cette dernière lésion, 2 exemples. — Injection purulente des lymphatiques du poumon, 1 fois. Nous y joindrons : Abcès métastatiques du foie, 2. — Collections purulentes des membres, 6.

Ce serait allonger inutilement cette lettre que de décrire ces lésions.

Si maintenant nous résumons rapidement le tableau des altérations anatomiques que j'ai pu rencontrer, nous verrons que, sur 85 autopsies, nous avons trouvé :

Du pus dans les veines utérines . . . . 84 fois.

Que sur 65 autopsies (car, ainsi que je vous l'ai dit, il faut me restreindre à ce nombre au point de vue de certaines lésions que je ne recherchais pas encore avant), nous avons rencontré :

De la gangrène simple de l'utérus. . . . . 11 fois.

De la pourriture d'hôpital (variété diphthéritique) . . 22 fois.

De la péritonite tout à fait localisée aux annexes. . . 28 fois.

De la péritonite plus étendue, mais surtout intense au niveau des annexes. . . . . 16 fois.

De la péritonite assez universellement intense et assez étendue pour qu'on ne puisse se prononcer sur son point d'origine. . . . . 5 fois.

Lésions des trompes. . . . . 20 fois.

Lésions des deux ovaires. . . . . , ... 16 fois.

Lésions de l'un des ovaires . . . . 19 fois.

Infiltration purulente du tissu cellulaire au niveau du col et des vaisseaux . . . . 14 fois.

(Chiffre peu précis.)

Lymphangite abdominale . . . . 7 fois.

Abcès métastatiques du poumon. . . . . 5 fois.

Noyaux d'hépatisation grise du poumon. . . . . . . 3 fois.

Cas du même genre moins précis . . . . 2 fois.

Injection purulente des lymphatiques du poumon . . 1 fois.

Abcès métastatiques du foie. . . . . 2 fois.

Collections purulentes des membres . . . . 6 fois.

De ces lésions, comme vous le voyez, mon cher maître, le pus dans les veines, c'est-à-dire la phlébite, est de beaucoup la plus fréquente. Elle domine toute la question anatomique. Les autres lésions ne font qu'ajouter un élément de destruction souvent rapide à l'état des malheureuses femmes en couche déjà frappées par l'inflammation des veines.

Cette combinaison de plusieurs états graves est un fait d'une grande importance, sur lequel on n'a peut-être pas assez insisté pour l'appréciation des nuances qui peuvent être relevées dans l'état des malades de cette sorte.

Je ne puis pas, comme vous le voyez, mon cher maître, refuser aux lésions locales une part prépondérante, et même pour rendre toute ma pensée, une valeur absolue en tant que lésions primitives.

L'utérus a *toujours* été altéré dans les cas dont j'ai été témoin (car il l'était sur la seule femme qui n'a pas présenté de pus dans les veines utérines), et cette altération a *toujours* été une phlébite compliquée habituellement de l'une des lésions que j'ai étudiées plus haut. Car la phlébite, sans complication de gangrène, de pourriture d'hôpital ou de péritonite, n'a été observée que 10 fois.

Les lésions locales dans mes observations ont donc été *constantes*.

Hélas! cher maître, je rentrerais par cette remarque au nombre des *localisateurs* et des *organiciens*. Je fais profession cependant de n'être ni l'un ni l'autre, pas plus que je ne suis *vitaliste*, si par ces mots il faut entendre que j'adopte telle ou telle des doctrines qu'ils retracent comme une doctrine absolue, complète, régissant toutes les opinions médicales de celui qui se range sous telle ou telle dénomination. — Dans une science aussi peu faite que l'est et que le sera peut-être jamais la nôtre, toute interprétation exclusive, toute doctrine absolue, me semble beaucoup s'éloigner de ce que j'appellerais volontiers le bon sens. Je ne suis ni organicien, ni vitaliste quand même. Je vais, en simple que je suis, cherchant la vérité à l'aide de toutes les doctrines. J'observe, dans les faits que j'étudie, des actes qui me révèlent l'influence de forces; mais ces forces ne se manifestent à moi, ne me deviennent tangibles que par la présence et le jeu des instruments sur lesquels elles s'appliquent et qui sont les organes. Au lieu de tout rapporter aux forces ou de tout attribuer aux instruments, j'aime mieux emprunter, selon ce que me dit mon bon sens, tantôt aux déviations des unes, tantôt aux modifications des autres, l'interprétation des exemples que j'observe. J'ai plus de goût pour ce que le cardinal de Retz appelait le *sage milieu,* que pour les doctrines exclusives, et s'il me fallait absolument porter au dos une étiquette, je préfèrerais celle d'éclectique (sans atta-

cher à ce mot bien entendu le sens que lui donnent les philosophes de profession).

Faisant donc abstraction de ces désignations, qu'il m'importe très médiocrement, du reste, de me voir ou non appliquer, je répète que, dans mes observations, il y a toujours eu une lésion locale des organes utérins. J'ajouterai que cette lésion a toujours été antérieure aux grands symptômes généraux qui se sont développés et qui trouvent en elle l'explication légitime de leur apparition. C'est là, en effet, le nœud de la question. Voyons ce que dit à ce sujet l'appréciation des symptômes.

Le premier point que va bien établir leur étude, c'est que les faits dont j'ai été témoin étaient bien de la même nature et étaient même complétement identiques avec ceux qui, soit à la Maternité, soit à la Clinique d'accouchements, ont servi de base aux travaux de MM. Charrier, Tarnier, Lorain, comme aux opinions de MM. Dubois, Depaul, Danyau et autres qui, tous, sont partisans de l'existence d'une maladie particulière qu'ils désignent sous le nom de *fièvre puerpérale*. Cette identité de symptômes ne permettra guère, je suppose, de dire, comme cela a été fait par anticipation par les uns, et avec une affirmation presque dédaigneuse par quelques autres, que les faits du genre de ceux que je produis n'étaient pas des exemples de *fièvre puerpérale;* que la maladie observée à la Maternité et à la Clinique était bien différente de celle qu'on rencontrait dans les autres hôpitaux. Voyons les faits, nous verrons après la réalité ou la nullité de l'objection.

Quelle que soit d'ailleurs mon opinion sur la nature et sur l'origine de ces symptômes, il faut, pour les comparer à ceux de la prétendue fièvre puerpérale, les prendre à une même période dans les auteurs que j'indique et dans mes observations. Ces symptômes, à cette période, ont été un frisson violent développé, en moyenne, du deuxième au troisième jour après l'accouchement, quelquefois peu d'heures après. Ce frisson, que d'autres signes précèdent selon

moi, doit être bien distingué, d'une part, d'un frisson qui se manifeste immédiatement après l'accouchement, et d'autre part, de frissons qui peuvent aussi se rencontrer dans les jours qui suivent et qui ont une valeur différente. En effet, j'ai toujours recherché, chez les femmes que j'ai observées, s'il y avait eu du frisson immédiatement après la couche, et j'ai toujours constaté, à fort peu d'exceptions près, qu'il en avait été ainsi. Ce frisson, chez la plupart des femmes, est léger, et dure peu de minutes, un quart d'heure à peine. Chez d'autres, au contraire, j'ai vu accuser un frisson d'une heure de durée, d'une grande intensité, sans que ces femmes aient rien éprouvé par la suite qui dérangeât la marche régulière de leur couche. J'ai pu faire cette remarque un nombre assez considérable de fois; malheureusement je ne puis vous donner, à cet égard, un chiffre précis, forcé que je serais de dépouiller un nombre considérable d'observations. Mais je puis vous affirmer que, pour ne pas être chiffré, le fait n'en est pas moins exact. Plus tard, je livrerai des documents plus précis sur ce point comme sur beaucoup d'autres ayant trait aux phénomènes de la grossesse et à ceux de l'accouchement; mes notes les comportent, et je les réunirai.

Si j'ai insisté sur ce frisson, qui suit immédiatement la couche et qui peut être long et violent sans se rattacher à un état pathologique, c'est qu'on voit rapporter dans beaucoup d'écrits que le frisson initial de la fièvre puerpérale commence quelquefois immédiatement après l'accouchement. Il serait bien possible que ces faits fussent seulement des exemples de frisson physiologique, si je puis m'exprimer ainsi. Jamais, dans les faits que j'ai observés, même chez des femmes qui, à mon sens, étaient déjà malades au moment de la couche, je n'ai rencontré, immé diatement après la couche, ce frisson prétendu initial, le seul qui soit important à étudier, le seul qui soit suivi de réaction. Il y a, en général, plusieurs heures au moins entre la couche et ce fris-

son et il faut bien remarquer que, chez les femmes qui ont présenté un frisson si rapide dans son apparition, l'accouchement avait été généralement très prolongé.

L'autre variété de frisson qu'il convient de distinguer de celui que nous considérons en ce moment est constituée par de petites atteintes légères, répétées, irrégulières dans leur retour, qu'on peut observer au moment de la fièvre de lait ou même avant et sans lien aucun avec le mouvement vers les mamelles. Nous reviendrons sur la valeur de ce symptôme, signalé avec cette forme, mais mal interprété, selon moi. Toutefois, il ne saurait ressembler au frisson dont nous nous occupons ici, et qui marque la venue de symptômes très graves.

En même temps le pouls s'est élevé à 120, 130, 144 et même 152 pulsations, sans caractères tranchés de force ou de petitesse, sauf certains cas dans lesquels, par exemple, l'élément péritonéal, prédominant au milieu de l'ensemble symptomatique, aidait à la dépression du pouls. La chaleur de la peau se manifestait sans être habituellement âcre et vive; elle était surtout marquée sur l'abdomen, et, même dans cette région, elle était d'ordinaire peu en rapport avec l'accélération du pouls.

Dans quelques observations nous avons constaté un peu de moiteur de la peau, sans refroidissement, et souvent nous avons rencontré ces larges congestions de la peau, occupant sur l'avant-bras et le dos des mains ou sur toute autre région, des surfaces assez étendues. Ces rougeurs superficielles, disparaissant momentanément sous la pression du doigt, pour revenir promptement ensuite, qui ont été désignées, bien à tort, par l'épithète de scarlatiniformes, sont tout à fait semblables à ce qu'on observe chez les malades atteints de fièvre typhoïde.

La soif a été presque toujours vive. La langue, blanchâtre, collante, n'offrait que très rarement, ainsi que les dents, un enduit

fuligineux, mais, comme les dents, comme les gencives et comme le bord des lèvres, elle était couverte d'un enduit pulpeux, sortes de mucosités épaissies, parfois assez abondantes, surtout sur les gencives et sur les dents latérales.

La respiration courte, souvent sans grande gêne pour la malade, quelquefois, au contraire, très cruellement anxieuse, a rarement été au-dessous de 28 inspirations par minute, et souvent à 32. Je trouve plusieurs faits où j'ai noté 44, 48 et même 52 et 64 inspirations par minute. Cette gêne de la respiration est déjà une première cause de l'altération de la parole, qui était souvent anhélante et entrecoupée, et ailleurs, était incertaine et tremblotante, les réponses étaient alors lentes, faites d'un air étonné, et témoignaient d'un certain degré de délire, dont la forme a toujours été calme.

Je n'ai vu qu'une seule fois, je ne dirai pas de la violence, mais un besoin de mouvement qui a nécessité des moyens de contention. Chez la totalité des femmes, c'était la forme du subdélirium propre à l'état typhoïde ou à l'adynamie, et non la forme violente de l'ataxie. Chez une seule j'ai noté, peu de temps avant sa mort, une gaîté calme, non bruyante, mais qui contrastait singulièrement avec la gravité de la situation. Il y a eu chez quelques femmes, surtout pendant la nuit, un peu d'agitation et des mouvements de la totalité du corps, sans violence, mais assez mal calculés pour que plusieurs soient tombées de leur lit. Nous n'avons eu que très rarement à observer ces formes de délire tranquille pendant lequel les malades se lèvent, marchent en silence, tout en titubant, sans but bien déterminé, et se laissent recoucher sans résistance, tout en marmotant des paroles sans suite. Chez une femme, cependant, ce fait a été observé une fois pendant la nuit.

Les forces étaient épuisées, et le plus souvent la malade restait étendue sur le dos les yeux fixes ou demi-fermés, sans mouvements

autres que ceux des bras qu'elle portait au-dessus de sa tête, en gémissant quelquefois d'une façon incessante ou seulement en poussant de temps en temps des soupirs profonds et bruyants. D'autres accomplissaient ces mouvements d'une sorte de jactation sans proférer aucune plainte. Cette position des bras sur la tête ne paraît pas toujours résulter de l'existence d'une céphalalgie intense, c'est pour les malades une manière de tenir les membres supérieurs qui, lorsqu'ils quittent cette position, tombent souvent hors du lit par suite de la dépression des forces. Plusieurs cependant ont accusé une céphalalgie, qui d'ordinaire ne présentait pas une très grande acuité.

La face, par son apparence, est un nouveau signe de l'affaiblissement général. Loin de présenter constamment une rougeur en rapport avec l'accélération du pouls et avec la chaleur de la peau, elle était habituellement pâle, un peu jaunâtre même, chez quelques malades, on put constater par instant des bouffées subites de rougeur de toute la face, ou seulement un peu de coloration des deux pommettes, coloration variable, du reste, chez un même sujet, selon les moments divers. La face était, en outre, profondément altérée et comme décomposée, pour me servir d'une expression vulgaire, mais qui peint bien le désordre subi par les traits. Elle n'a pas été ce qu'on appelle grippée, sauf les cas où il survint, comme je le dirai tout à l'heure, une prépondérance des phénomènes péritonéaux; mais cependant j'ai observé assez souvent une excavation des yeux.—Ce dernier symptôme est en rapport avec l'intensité d'un autre phénomène dont j'ai appris à redouter profondément la présence; je veux parler de la diarrhée. Ce signe a été à peu près constant; sur 69 malades, par exemple, il n'a manqué que 11 fois, encore avait-on affaire, dans ces cas, presque uniquement à des malades qui ont succombé à des gangrènes traumatiques. Cette diarrhée, que les femmes cherchent

toujours à expliquer par l'abondance des gaz qui les tourmentent, est souvent très répétée, et constitue un signe des plus importants pour le diagnostic : son existence est surtout d'un pronostic on ne peut plus défavorable.

Comme autre symptôme intestinal important, j'ai noté un ballonnement souvent considérable qui s'est promptement développé chez la presque totalité des malades, même chez celles qui, à l'autopsie, n'ont présenté aucune trace de péritonite généralisée ou circonscrite.

Plus tard, l'affaissement allait en augmentant, la face se couvrait de sueur ainsi que tout le corps ; dans certains exemples, les membres se refroidirent, la malade tomba dans un état de coma dont elle sortait assez facilement pour répondre soit avec assez de lucidité, soit, ce qui était plus habituel, avec hésitation ou avec incohérence. Dans ce coma, ou même sans qu'il existe, les malades exécutent, en tremblotant, des mouvements de carphologie et meurent sans crise violente. La mort, chez beaucoup d'autres, est venue au milieu de l'état de faiblesse et de prostration que je viens de décrire sans qu'il y ait eu de délire.

Si nous voulions compléter ce tableau, nous mentionnerions encore les nausées, les vomissements, le hoquet, qui se sont manifestés au milieu de cet ensemble auquel ils se sont ajoutés, surtout lorsque les lésions péritonéales sont devenues étendues et importantes. Dans un petit nombre d'observations, j'ai vu, au moment de cette sorte d'éclat péritonéal, se développer une sensibilité abdominale assez vive. Ce dernier fait a été rare. Car, au contraire, j'ai toujours constaté que les femmes cessaient d'accuser la douleur spontanée, ou encore celle qui se développe lors de la pression abdominale, même dans le cas de péritonite, à mesure que se prononçait leur état général d'affaissement.

Quand cet ensemble de phénomènes généraux se produit, la sécré-

tion lactée se supprime d'ordinaire, ou elle diminue seulement, dans quelques cas, et les seins restent encore un peu durs à la base. Le plus habituellement ils sont flétris. Les lochies ne se sont pas aussi complétement et aussi généralement supprimées qu'on l'a dit souvent, et que le croient encore beaucoup de praticiens. Elles diminuent fréquemment d'abondance, mais elles peuvent persister jusqu'à la fin, et surtout elles changent d'aspect, deviennent noirâtres et souvent très fétides, ce qui, comme vous le voyez à l'avance, doit correspondre et a correspondu, en effet, aux exemples de pourriture d'hôpital que j'ai eu l'honneur de vous rapporter.

Tel est l'ensemble des symptômes que j'ai constatés chez les femmes que j'ai perdues dans mon service. Ne trouvez-vous pas qu'il est de tous points semblable au tableau que M. Depaul a présenté fort en raccourci dans la discussion à l'Académie? N'est-il pas de tous points le même que le résumé de M. P. Dubois dans la même circonstance, et que l'exposé de M. Tarnier (p. 40).

J'ai bien des fois, depuis que la discussion académique m'a forcé à résumer mes faits, comparé ce que j'avais observé avec ce que décrivent les auteurs que je viens de vous rappeler, et il me paraît bien difficile de trouver une seule différence, si petite qu'elle soit. Si je ne craignais d'abuser de votre attention bienveillante, je transcrirais ici les passages des deux discours que je rappelais tout à l'heure et la partie de la thèse de mon élève et ami M. Tarnier, dans laquelle il résume les signes de la fièvre puerpérale, et vous verriez quelle éclatante identité.

Les détails qui précèdent et qui ne sont que le dépouillement de mes observations prouvent donc que j'ai eu à étudier la même maladie que ces messieurs et qu'on ne peut pas prétendre que ce que j'ai vu n'est pas la *véritable fièvre puerpérale,* puisque ce que j'ai vu a offert les mêmes signes et a eu malheureusement

une même terminaison. Autrement, si ce n'est pas là la *fièvre puerpérale* de ces auteurs, quels seraient donc les signes de leur fièvre puerpérale, à quels symptômes la pourraient-ils reconnaître? Mais non, il y a identité parfaite, et je crois que cette négation n'est plus possible en présence du détail des symptômes et de l'époque du début de ces accidents. Je reviendrai nécessairement, du reste, sur ce dernier point.

C'est ici, mon cher maître, que doit trouver place un fait qui, je l'espère, ne vous paraîtra pas indifférent. Loin de penser, avec les auteurs que je signalais tout à l'heure, que la maladie *commence* au moment où l'on observe ce frisson qu'ils ont appelé *initial*, je crois, d'après ce que les observations m'ont appris, que ce frisson marque le début de la période *finale, ultime* de la maladie, et non celui du *premier* développement.

Permettez-moi de vous exposer ces remarques, en vous indiquant rapidement comment j'y ai été amené.

Lorsque, découragé, comme j'ai eu l'honneur de vous le dire dans ma première lettre, par des pertes successives, je résolus, en 1854, de me mettre à étudier sérieusement l'affection si meurtrière que j'avais sous les yeux, en oubliant ce que j'avais pu apprendre ou penser sur cette maladie, et en m'en prenant seulement aux faits, la première particularité qui me frappa fut le volume considérable que conservait l'utérus chez les femmes qui succombaient. Je me dis que, peut-être, en obtenant le prompt retour de cet organe sur lui-même, j'éviterais une grande part des accidents. Je me mis donc à mesurer l'utérus chez toutes mes femmes, en hauteur du pubis au fond de l'utérus, et en largeur d'un bord à l'autre, et j'essayai l'usage du seigle ergoté. La tentative fut malheureuse; le seigle, loin d'offrir le moindre avantage, me parut nuisible.

En mesurant toujours, je m'aperçus bientôt que, chez certaines

femmes qui n'avaient pas de fièvre, qui n'accusaient aucune douleur spontanée vers l'utérus, je déterminais un certain degré de douleur par mes recherches pour préciser la mensuration. Cette sensation, que j'attribuai d'abord, comme je l'avais entendu faire plusieurs fois à des accoucheurs, à la fatigue éprouvée par l'utérus pendant l'accouchement, me parut cependant inégalement répartie chez les femmes. Les unes l'offraient à un haut degré, elle manquait complétement chez les autres; il y avait donc là un état pathologique. Par une filiation d'idées assez naturelle, la douleur appela l'émission sanguine; j'essayai l'emploi des sangsues, mais bien timidement et avec la crainte que me donnaient, à propos d'un moyen spoliateur, les idées d'un affaiblissement général chez la femme en couche et le peu d'efficacité signalée pour cet ordre de moyens dans la *fièvre puerpérale*. Cependant, je vis l'utérus diminuer promptement de volume sous l'influence de ce moyen. A partir de ce moment, tout en mesurant, je cherchai, en outre, l'existence de la douleur, et, en étudiant de plus près, je constatai d'abord que cette douleur siégeait au niveau des parties latérales et surtout au niveau des angles de l'utérus, ce que, dans mes notes, je désignais sous le nom de *cornes* de cet organe. Bientôt, précisant davantage et devenant plus scrupuleux en même temps que plus expert dans ce genre d'exploration, voici ce que je finis par reconnaître à l'aide de progrès successifs.

Chez une femme dont la couche marche régulièrement, si la main de l'observateur, placée dans la pronation sur l'abdomen, embrasse le fond de l'utérus et le saisit entre le pouce et le médius, de manière à ce que ces deux doigts soient placés chacun sur un des angles qui unit les bords latéraux au fond de l'organe, on trouvera que les annexes, au point où elles s'insèrent sur le corps de l'utérus, sont souples sous le doigt et ne sont, à la pression, le siége d'aucune douleur. Cette souplesse continue tout le long des annexes, qui se portent vers les fosses iliaques, en descendant sur les

côtés de l'utérus, et ces parties perceptibles sous le doigt donnent la sensation d'un corps mou, comme le serait un canal vide, un intestin de petite dimension. Sur aucun des points de leur trajet on ne détermine de douleur par la pression. Cette souplesse et cette absence complète de douleur se retrouvent à tous les moments, même immédiatement après l'accouchement, chez les femmes qui parcourent d'une façon régulière toute la période de leurs suites de couches. Voilà l'état normal.

Chez d'autres femmes, au contraire, on trouve tantôt à droite, tantôt à gauche, et quelquefois des deux côtés, une corde plus ou moins volumineuse, dure, donnant la sensation d'un corps gonflé, par-dessus lequel le doigt qui explore de haut en bas saute tout à coup, en quelque sorte. La pression de ce point ainsi tuméfié détermine toujours une douleur variable et d'ordinaire en rapport avec le volume, qui peut être assez considérable pour donner la sensation que produirait le doigt annulaire d'un adulte, apprécié à travers les parois abdominales. Ce gonflement douloureux est d'ordinaire plus marqué au point d'insertion des annexes, vers l'angle de l'utérus, mais il peut se continuer jusqu'au niveau de la fosse iliaque et même exister sur un point du trajet de l'annexe explorée sans que rien de semblable se trouve au niveau de son insertion sur le corps de l'utérus. Ce dernier fait est cependant plus rare.

Ce signe se rencontre chez des femmes qui n'accusent aucune espèce de douleur spontanée et n'ont pas la moindre apparence de fièvre (60 pulsations). Au moment où le doigt explorateur arrive sur le point tuméfié, la femme manifeste par un mouvement brusque la douleur qu'elle éprouve, et souvent elle l'accuse en disant : « Ah ! là, vous me faites mal ! » Il n'est pas besoin d'une forte pression pour constater ce signe ; on doit même s'interdire toute violence dans cette exploration, qui porte sur des organes faciles à irriter.

L'étude attentive et plus perfectionnée, si je puis m'exprimer

ainsi, de ce signe, m'a permis de reconnaître que souvent il existe deux cordes tuméfiées du même côté, l'une antérieure et l'autre postérieure et un peu plus élevée, mais la tuméfaction de la corde antérieure est beaucoup plus habituellement observée. J'ai constaté quelquefois la présence de ces signes chez les femmes au moment même où elles venaient d'accoucher. Je l'ai trouvée sur des malades immédiatement après la délivrance et, il y a peu de jours encore, je constatais sur une primipare, pendant le travail se prolongeait, une tuméfaction douloureuse de l'annexe gauche, tuméfaction qui a persisté après la couche, et qui, chez elle aussi, a paru être le premier symptôme d'un état devenu très fâcheux. C'est qu'en effet, ce signe est le véritable signe *initial* des accidents; le gonflement perçu va en se dessinant de plus en plus; la douleur que la pression modérée déterminait seule, devient bientôt plus vive, et se révèle lors des mouvements, lors de la toux; le pouls s'élève, la chaleur de la peau s'allume, et un état de maladie appréciable pour tous se manifeste.

L'ensemble de phénomènes alors observés doit être étudié à part, pour établir toute la réalité et toute la valeur de cette période de la maladie, période qui commence au gonflement local avec la douleur locale, non spontanée que je vous indique ici, et qui finit au frisson prétendu *initial*, loin que ce dernier soit le premier signe de maladie. Cettte période, je l'étudierai dans la *Lettre* qui suivra celle-ci; mais avant de la finir, laissez-moi vous donner simplement les chiffres relatifs à la présence de ce signe local, dont j'ai commencé à préciser l'existence vers le mois de mai 1855, et que j'ai toujours étudié depuis.

Ce signe ne se trouve donc pas spécifié ni dans les observations que j'ai recueillies en 1854 ni dans celles des premiers mois de 1855. Il correspond évidemment, sur mes notes qui précèdent l'époque où je l'ai bien isolé, à ce que je désignais comme douleur locale

déterminée par la pression, mais il n'y est pas relaté en tant que gonflement. Si donc je défalque de mes observations celles qui précèdent l'annotation spéciale de ce signe, je trouve que, sur 853 femmes, 311 n'ont présenté aucune altération, même locale, pendant toute la durée de leurs couches, qui ont été régulières. Les annexes, explorées chaque jour, ont été constamment trouvées souples, indolentes, à quelque moment que ce fût, même au sortir de l'accouchement. Chez 475 femmes, je n'ai plus trouvé cette régularité; mais, sur ce chiffre, 132 femmes surtout offraient d'une façon très marquée le signe que j'étudie ici. Les 343 autres l'ont présenté à un faible degré, et figurent en dehors des couches à marche régulière, parce que j'ai dû prendre de certaines précautions de traitement sur lesquelles j'insisterai, précautions qui m'empêchent de considérer ces cas légers comme des femmes dont la couche a été tout à fait normale. A ces 132 femmes qui ont présenté un gonflement douloureux très évident, il convient d'ajouter le chiffre des femmesqui ont succombé depuis le moment où j'ai appris à le bien constater, et qui *toutes, sans exception,* ont présenté ce signe local du début. Ce chiffre est de 67, ce qui élève à 199 le nombre des femmes chez lesquelles le gonflement douloureux des annexes a été très fortement exprimé, et a acquis par conséquent, comme signe pathologique, une valeur non douteuse.

Je m'arrête ici, cher maître, et je reprendrai, dans une lettre prochaine, ce qui a trait à l'étude plus complète de ce signe; j'essaierai ensuite d'apprécier l'importance qu'il doit prendre pour qui veut établir la véritable signification pathologique de la maladie qui a fait l'objet des travaux que je résume dans ce que j'ai l'honneur de vous écrire ici.

Votre bien dévoué de cœur,

BÉHIER.

Cinquième Lettre.

Mon cher maître,

En finissant la lettre que j'ai eu l'honneur de vous adresser le 6 de ce mois d'avril, je vous ai indiqué l'existence, chez les femmes en couche, d'un signe local révélant l'état de maladie, lequel est appréciable même avant l'existence des phénomènes généraux. Je vous ai montré que, sur 853 femmes, ce signe avait complétement manqué 311 fois, et qu'alors les couches avaient suivi une marche des plus régulières; que chez 343 femmes, on avait bien constaté son existence, mais qu'il offrait un développement assez faible, et surtout une persistance assez peu marquée pour que les moyens de thérapeutique employés aient pu en triompher très facilement. J'ai ajouté que 132 femmes avaient offert très nettement l'existence de ce signe, qu'il était arrivé chez elles à un degré d'expression beaucoup plus manifeste, avait offert plus de persistance et demandé par conséquent des soins plus énergiques et plus rigoureux. Enfin que, *sans exception,* chez 67 femmes qui avaient succombé, il avait été rencontré avec toute la plénitude de son développement, c'est-à-dire que depuis le moment où j'avais appris à rechercher l'existence de ce désordre, il avait été *constamment* trouvé comme symptôme saisissable chez les femmes qui avaient ultérieurement succombé.

Ce signe, permettez-moi de le rappeler, est le gonflement douloureux des annexes.

Il peut être constaté de très bonne heure, même au moment où les femmes n'offrent aucun phénomène fébrile (60 pulsations).

Il siége tantôt d'un seul côté, tantôt des deux côtés à la fois.

Il est surtout perceptible au point où les annexes rejoignent l'utérus.

Il peut être perceptible tout le long de leur parcours jusqu'à la fosse iliaque.

Il peut encore, quoique cela soit plus rare, être observé sur un point de leur parcours autre que le niveau de l'insertion des annexes à l'utérus.

Quelques précautions sont nécessaires dans cette recherche, assez facile, d'ailleurs, pour que tous les élèves qui ont passé par mon service soient devenus assez familiers avec elle.

Il faut d'abord bien déterminer la place de l'utérus, car certaines circonstances peuvent faire varier, d'une manière sensible, la situation de cet organe, et nulle n'est plus influente à ce sujet que l'état de plénitude ou de vacuité de la vessie. Souvent j'ai observé que des femmes accouchées depuis plusieurs heures (sept et même neuf heures) n'avaient pas uriné depuis leur couche. La compression, la contusion même du méat urinaire par la tête de l'enfant, ou d'autres fois l'éraillement et la déchirure de la partie supérieure et latérale de la vulve, au niveau des petites lèvres, entraînent une douleur qui fait redouter l'émission des urines retenues alors obstinément. Chez d'autres femmes qui n'offrent aucune déchirure de la vulve et qui ont eu une couche facile, le besoin d'uriner n'est pas perçu, malgré la plénitude de la vessie, dont le bord supérieur peut remonter alors jusqu'à 12 ou 14 centimètres au-dessus du pubis. Il semble, dans ces cas très singuliers, que l'absence d'une pression suffisante des parois abdominales permette la distension indéfinie de la vessie sans éveiller la sensation qu'il semblerait si naturel de voir éprouver,

alors que ce réservoir contient un litre à un litre et demi, à peu près, d'urine, quantités que j'ai observées.

Dans cet état de plénitude de la vessie, on voit ce viscère se dessiner au-dessus du pubis, avec sa forme globuleuse et c'est au-dessus de lui qu'on peut voir, par la seule inspection extérieure, l'utérus généralement déjeté à droite et remonté dans le flanc droit ou même vers l'hypochondre du même côté, situation dont la palpation confirme l'exactitude en même temps qu'elle permet d'étudier plus en détails l'état de cet organe. Loin donc d'être refoulé dans le bassin et d'être masqué par la vessie distendue, l'utérus est refoulé par elle vers la partie supérieure. Et il est facile de comprendre le mécanisme de cette locomotion quand on réfléchit que la vessie, n'éprouvant aucune résistance de la part de la matrice, dont les ligaments, devenus beaucoup plus longs, ne sont pas encore revenus sur eux-mêmes, déprime facilement le vagin, s'étale sans obstacle dans le bassin qu'elle remplit, et repousse ainsi l'utérus vers le lieu qu'il occupait pendant la grossesse. Et c'est si bien là la cause du déplacement de cet organe, que, sans qu'on change la position de la femme, il redescend par son propre poids derrière le pubis, à mesure qu'on vide la vessie avec une sonde.

Cette différence de position de la matrice, par suite de la plénitude de la vessie, peut être considérable. Ainsi, j'ai vu l'utérus mesuré de la partie supérieure de l'arcade pubienne à son fond et d'un bord à l'autre, présenter 21 centimètres de hauteur sur 14 de largeur avant l'évacuation de la vessie et n'être plus qu'à 12 centimètres sur 14 après le cathétérisme; ailleurs, 21 sur 16, devenir 13 sur 16; 21 sur 12 réduits à 10 sur 12; 20 sur 13 à 11 sur 10; 14 sur 8 à 7 sur 8; 11 sur 7 à 5 sur 7.

Ces mesures, prises avec autant de rigueur que possible, peuvent, surtout dans l'appréciation de la largeur, offrir quelques imperfec-

tions; je ne les donne qu'à 1 centimètre près. Elles démontrent clairement, du reste, le fait que j'énonce, à savoir la locomotion en hauteur de l'utérus, à propos de la plénitude de la vessie. Vous pouvez remarquer également, relativement à ces chiffres, que dans certains exemples la largeur elle-même a diminué par le fait de la vacuité de la vessie. C'est que, en effet, lorsque l'utérus fait ainsi une saillie plus marquée, la largeur est souvent plus nettement appréciable que quand il est retombé dans le bassin; mais vous noterez que, dans aucun cas, les différences n'ont été aussi considérables entre les chiffres de la largeur qu'entre les chiffres de la hauteur. A peine, pour les premiers, trouve-t-on 2 ou 3 centimètres, tandis que, pour les seconds, il y a souvent différence de moitié : 21 remplacé par 10; 14 par 7; 11 par 5, etc.

Ce fait a été constant; je pourrais produire plusieurs centaines d'observations à titre d'exemples. Enfin, pour en finir avec ce point, nous avons remarqué que d'ordinaire l'utérus, revenu derrière le pubis, offrait en largeur 2 à 3 centimètres de plus qu'en hauteur : ce qui peut être facilement expliqué par cette remarque, que la partie la plus inférieure du globe utérin disparaît au-dessous de l'arcade pubienne tandis que, d'une annexe à l'autre, la mensuration est plus facile. Chez toutes les femmes qui ont succombé, la largeur de l'utérus, mesurée à l'autopsie, d'une annexe à l'autre a généralement été égale à ce que donnait la mesure prise en hauteur du fond au niveau du col.

De ce qui précède résulte donc, pour apprécier convenablement l'état de l'utérus par la palpation, la nécessité de s'assurer de la vacuité de la vessie. Au reste, il est utile d'étudier l'état des annexes avant comme après ce cathétérisme préliminaire. Souvent, en effet, elles sont plus facilement appréciables sur l'utérus refoulé en haut et à droite que sur cet organe retombé dans le bassin, seulement il faut bien être prévenu que, chez certaines femmes, cette

rétention d'urine, souvent si considérable, développe de la douleur sous la pression de la main qui explore, douleur qui disparaît lorsque l'urine est expulsée, et qui ne correspond pas, du reste, à un gonflement des annexes.

Une seconde précaution indispensable pour bien constater et pour bien préciser l'existence et les conditions du signe local que je vous indique ici, c'est la nécessité de maintenir l'utérus afin qu'il ne fuie pas, pour ainsi dire, sous la main qui l'explore. Cet organe, en effet, après l'accouchement, est très mobile et peut, par une pression, même assez modérée, être changé de position. Si on cherche à l'explorer en portant la main sur le côté que l'on veut examiner, le côté gauche, par exemple, la mobilité de l'utérus qui, sous la pression se portera à droite, empêchera complétement, dans beaucoup de cas, de pouvoir constater l'état des annexes gauches, et réciproquement. Aussi, le procédé qui m'a paru le meilleur est-il celui que je vous indiquais dans ma dernière lettre. La main droite sera employée pour l'exploration, si on est placé à gauche de la femme ; ce sera, au contraire, la main gauche si on est placé au côté droit du lit. L'une ou l'autre, placée dans la pronation, limitera, à l'aide du médius et du pouce, les deux angles de l'utérus, et fixant par cela même cet organe, permettra un examen complet auquel on devra procéder de bas en haut. Les deux doigts que j'indiquais rencontreront nécessairement dans ce mouvement les deux annexes, et pourront en suivre les parcours, tout en appréciant leur volume, la résistance qu'elles opposent à la pression, et aussi la douleur que détermine cette exploration. Pour cette dernière particularité, il faut aussi savoir, et c'est là un fait très important, que beaucoup de femmes dissimulent cette douleur et affirment n'en éprouver aucune, tandis qu'elles confessent le lendemain que la pression, exercée la veille, était véritablement douloureuse. La cause de ce mensonge est

souvent la crainte du traitement et de la douleur qui peut en résulter; mais souvent les femmes en couche, comme aussi beaucoup de malades atteints de tout autres affections, dissimulent les symptômes qu'ils éprouvent, ou cherchent à en amoindrir la valeur, à en cacher l'intensité, non plus par crainte du traitement, mais par le fait de l'inquiétude que leur cause leur maladie. Il semble que si, tout en trompant le médecin, ils obtiennent une déclaration rassurante, leur mal sera moindre à leurs propres yeux. Cette faiblesse, et le manque de bon sens qu'elle entraîne, sont plus fréquents qu'on ne le suppose, même chez les malades intelligents qui, après avoir accusé l'existence d'un symptôme, se hâtent d'ajouter « mais c'est très peu de chose. » Et c'est là de la crainte, aussi bien que chez les malades pusillanimes qui, au contraire, exagèrent leurs sensations et se lamentent outre mesure, pour qu'on les console et qu'on raffermisse leur courage. Les uns cherchent à se préparer un témoignage négatif qui les rassure, les autres le sollicitent par leurs plaintes et leurs terreurs.

Cette dissimulation d'une douleur confessée le lendemain met encore en relief la valeur du gonflement local. Ce signe permet, en effet, d'agir même alors que la femme nie toute sensation douloureuse. La présence de ce gonflement, de cette dureté sur des organes qui restent habituellement souples lorsque l'état normal se maintient, est devenu pour moi le signal de l'action. J'ai vu, en effet, souvent, dans le début de mes recherches, survenir des accidents graves chez des femmes sur lesquelles j'avais constaté un gonflement des annexes et auxquelles je n'avais rien fait, parce qu'elles affirmaient n'éprouver aucune douleur sur le point tuméfié, douleur dont elles avouaient ensuite avoir nié l'existence, aveu souvent tardif, car il n'était déjà plus possible de leur être utile.

Ce signe, le gonflement douloureux des annexes, peut, je le

répète, être constaté immédiatement après l'accouchement, en l'absence de tout mouvement fébrile. J'ai pu même, chez des femmes pendant la couche, trouver soit à droite, soit à gauche, un gonflement douloureux de l'annexe, gonflement que je voyais persister après la délivrance, et qui nécessitait une intervention thérapeutique active.

J'ai insisté, cher maître, sur les précautions qu'il convient d'observer pour constater le signe local *constant* que je vous ai signalé, parce que j'ai vu bien souvent ceux qui le recherchaient pour la première fois ne pas le retrouver ou mettre quelque temps avant d'y parvenir, faute d'observer les particularités que je viens d'indiquer. Je pourrais, peut-être, en outre, trouver grande raison d'agir ainsi et d'entrer dans les détails relatifs au gonflement perçu par la main et à son siége bien limité au niveau des annexes, quand je vois ce qui vient d'être écrit dans un article du *Moniteur des hôpitaux* (numéro du 13 avril 1858, page 341, 2e colonne). Je pourrais, en effet, supposer que c'est de moi que veut parler l'auteur de cet article, M. Mattei, professeur particulier d'accouchements; mais, en vérité, il faudrait quelque bonne volonté pour me reconnaître dans le nom de *Bayer*, comme il faudrait quelque bon vouloir pour trouver dans le nom de *Jacquier* celui de mon bon ami et ancien collègue Jacquemier. Pour le dire en passant, si peu de précision, pourrait donner une pauvre idée de la netteté des vues de l'auteur (je reviendrai forcément, au reste, sur l'ensemble de ce qui a été écrit par M. Mattei). Mais si c'était à moi que s'adressât cette personne quand elle écrit ces lignes : « Le second, *désertant le terrain* de son maître, » nous dit que la *trace* de l'inflammation dans la *fièvre puerpé-* » *rale* préexiste même au frisson. » J'aurais tout d'abord bien de la peine à ne pas penser au charment morceau de Montauciel dans l'opéra de Monsigny :

Je ne déserterai jamais,
Jamais que pour aller boire, etc.

Pour parler sérieusement, s'il le fallait absolument, je lui dirais que je n'ai jamais eu à déserter (ce qui est d'ailleurs une laide action dont je suis incapable); que rien ne m'attachait à telle ou telle opinion sur la question dont il s'agit; que j'étais, au moment où j'ai entrepris de l'étudier à fond et avec persévérance, vierge de tout précédent et de tout lien à ce sujet; que, au point de vue scientifique, je suis autant qu'on peut l'être de la doctrine du libre examen; que les faits et leurs déductions rigoureuses m'importent seuls et me soucient; que ce qu'ils démontrent à mon bon sens, par une induction patiente, et après que j'ai pris des précautions multipliées pour éviter l'erreur, devient ma conviction, et qu'alors j'y tiens fermement jusqu'à démonstration du contraire, et sans déserter; que ce n'est pas la *trace* de l'inflammation que j'ai vue préexister au frisson, pour parler encore son langage mal correct, que c'est le signe du début que j'ai constaté d'une façon *constante*, et que ce signe n'est pas seulement une douleur locale, mais un gonflement, coïncidant avec cette douleur, et cela non pas sur le globe utérin, mais sur les annexes. *Vous croyez avoir acquis,* lui dirais-je encore, *une certaine habitude du palper abdominal,* je le veux bien, je ne vous la conteste nullement, puisque je n'ai jamais été à même de la juger; alors cherchez et vous trouverez; car j'ai toujours trouvé, et tous ceux qui m'ont entouré depuis deux ans, ont trouvé comme moi ce que je signale. Je ne vous parle pas, ajouterais-je, d'une seule femme, mais d'un grand nombre; voyez les chiffres indiqués plus haut. Et quant à reconnaître que l'utérus cesse d'être douloureux chez les femmes envahies par les symptômes généraux, je sais bien cela, et je l'ai déjà dit dans la lettre qui précède. Non pas que je croie comme vous que la *substance toxique a détruit la vitalité locale*, car ce

sont là des mots dont rien ne fixe suffisamment le sens, mais parce que je crois, comme tout le monde, que la diminution de la sensibilité générale est une des conséquences de l'état typhoïde, quelle que soit la cause, ou, pour mieux dire, quel que soit le point de départ de cet état. Vous m'approuveriez, j'en suis sûr, dans ces réponses, mon cher maître; mais s'agit-il bien de moi, et dois-je me voir dans ce nom de *Bayer?*

Donc, cher maître, j'ai *constamment* observé ce signe local dès le début. Voyons maintenant comment les phénomènes ont marché.

Sur quelques femmes (28), j'ai pu constater un léger degré de gonflement et de douleur des annexes, et ce premier degré, surveillé de très près, s'est dissipé seul et sans aucune intervention thérapeutique. J'en ai fait, dans mes observations, une catégorie à part. La fièvre est restée nulle. Sur trois ou quatre d'entre elles, le léger gonflement douloureux a commencé seulement au moment du mouvement de développement des seins à propos de la sécrétion lactée, vers le second jour. Chez un certain nombre de ces 28 femmes (6), le symptôme, après s'être manifesté sur les annexes d'un côté, s'est montré sur celles du côté opposé le jour suivant, sans présenter, toutefois, plus de gravité.

Ce nombre de 28 représente-t-il toutes les femmes chez lesquelles le signe local se serait dissipé sans intervention thérapeutique, je ne le crois pas, et je reviendrai sur ce point à propos du traitement. Il représente seulement le nombre des femmes chez lesquelles j'ai osé ne pas agir.

Chez d'autres, les symptômes suivent une marche plus sérieuse. Le gonflement local qui, d'abord, était seulement douloureux à la pression et qui, lors de la toux et des mouvements du tronc, n'éveillait aucune sensation pénible, devient le siége d'une douleur spontanée ou que révèlent la toux ou les mouvements de la ma-

lade elle-même. La peau devient plus chaude, le pouls, de 60 ou 72, monte à 96 ou même à 124, sans caractères particuliers de force et de faiblesse; de la céphalalgie peut se développer, la soif est souvent vive, l'appétit est nul, la langue est sale, blanchâtre, on ne rencontre pas, ordinairement, de nausées, encore moins de vomissements, mais ces deux derniers phénomènes sont observés dans quelques cas; la face, assez colorée parfois, est, ailleurs, pâle et même jaunâtre. Enfin, on voit se manifester de petits frissons répétés qui peuvent même commencer la série de ces phénomènes généraux, mais ils sont ordinairement courts, inégaux dans leurs retours et suivis d'un peu de redoublement de chaleur et de sueur.

Pendant ce temps, le lait continue parfois de monter, parfois aussi il diminue de proportion, ainsi que les lochies. Puis, après un temps variable, depuis deux jours jusqu'à sept ou huit, les phénomènes s'amendent, la douleur et le gonflement des annexes diminuent, puis s'effacent; le pouls diminue de fréquence et tombe à 76 ou à 70; souvent cependant, à cause de la faiblesse et de l'anémie, il reste plus fréquent, mais la chaleur de la peau cesse d'être fébrile, le malaise s'éloigne, l'appétit renaît, le lait augmente de proportion, sauf le cas où la maladie a duré longtemps, car alors il se tarit pour ne plus revenir. Enfin, la guérison s'établit. Dans ces exemples heureux, on ne rencontre généralement pas de diarrhée et la respiration n'est pas sensiblement accélérée au delà de ce que comporte le mouvement fébrile; les forces sont loin d'être aussi profondément déprimées qu'elles le sont quand un autre ordre de phénomènes se manifeste.

C'est à la suite de ces états déjà très sérieux qu'on voit se développer les abcès des ligaments larges et ceux de la fosse iliaque qui se vident, les premiers d'habitude par l'intestin, et les seconds à l'extérieur, à travers la paroi abdominale. Peut-être, si le temps me le permet, vous demanderai-je la permission de revenir sur ce

mode de terminaison dont j'ai observé, du reste, peu d'exemples, mais dont j'ai pu apprécier les conditions de formation.

Comme vous le voyez, mon cher maître, cet ensemble de phénomènes différents de ceux que j'ai eu l'honneur de vous indiquer dans une précédente lettre, ne sont autre chose que ce que certains auteurs, parmi lesquels il faut placer **M. P.** Dubois, ont étudié sous le nom de forme inflammatoire de la fièvre puerpérale. L'observation est des plus exactes, l'interprétation est moins rigoureuse selon moi. Si l'on met, en effet, de côté, la différence de siége des organes et les modifications que cette différence entraîne dans le point de départ et dans le siége des symptômes, y a-t-il rien là qui soit différent des symptômes d'une simple inflammation locale, d'une phlébite des veines du bras, après une saignée, par exemple. La veine est d'abord douloureuse aux environs de la plaie, elle se gonfle, puis vient la chaleur de la peau, la fréquence du pouls, le malaise, la céphalalgie, les frissons légers, qui même se reproduisent un peu plus fréquemment quand le pus se forme dans la veine et autour de la veine, et que la maladie se termine par de petits phlegmons disséminés le long du vaisseau.

Dans d'autres exemples, et j'en pourrais citer tout au long, car je n'aurais qu'à transcrire, peu après l'accouchement ou même le lendemain, on trouve un gonflement douloureux de l'une des deux annexes, le pouls n'est pas encore fréquent ; le soir, il monte sensiblement, l'ensemble des symptômes que je viens de décrire se manifeste et dès la nuit éclate un frisson violent après lequel on trouve la malade dans l'état très grave que j'ai rapporté dans la lettre qui précède celle-ci, état qui, ainsi que je l'ai bien établi, est tout à fait ce qu'on a appelé la fièvre puerpérale.

La différence qui peut être observée entre les cas divers, est donc tout entière dans le temps qui sépare l'observation des premiers phénomènes locaux de l'éclat des phénomènes généraux. Ce temps

est variable; ces derniers se montrent quelquefois très rapidement et peu d'heures après l'accouchement, je l'accepte parfaitement et l'ai nombre de fois constaté, mais j'ai *toujours,* même dans ces cas, retrouvé le désordre local que je décris. Sur un certain nombre de femmes, je n'ai pas pu assister à la période purement locale, et une malade, par exemple, qui, le matin à la visite, n'avait rien même localement qu'on pût constater, était prise le lendemain, au moment où je la voyais, de phénomènes généraux graves en même temps que le gonflement des annexes du côté gauche était considérable et douloureux et que celui du côté droit commençait. Le frisson remontait à deux heures avant la seconde visite; il avait été précédé de malaise, d'un peu de chaleur. Hé bien, chez cette femme, je suis sûr que si on était venu, le soir du premier jour, observer l'état qu'elle présentait, on aurait positivement rencontré le signe local seul ou avec un mouvement fébrile commençant. Et quand je dis que je suis sûr que les choses ont dû se passer ainsi, ce n'est pas par fantaisie ou par simple appréciation personnelle, c'est parce que j'ai vu nombre de fois les choses suivre cette marche : telle femme ne présentait rien à la visite, qui, le soir, à celle de mon interne, offrait un gonflement douloureux et était arrivée, le lendemain matin, à la période des symptômes du dernier ordre après avoir été frappée d'un frisson violent. Ailleurs, une femme, peu après l'accouchement, présentait un gonflement très petit, à peine douloureux, et je la signalais à mon interne comme devant être l'objet d'une surveillance spéciale; dans la journée, l'état local s'aggravait, et le lendemain, malgré nos efforts, elle offrait les symptômes graves que j'ai décrits plus haut, après avoir éprouvé un frisson pendant la nuit.

Or, si on veut bien résumer les traits de cet état général grave, on constatera facilement que ce n'est pas autre chose que l'état dit typhoïde, plus ou moins compliqué de phénomènes adynamiques

ou ataxo-adynamiques et auquel se joignent les symptômes de certaines affections secondairement développées. Ces dernières, par leur siége spécial, le péritoine, par exemple, prêtent une physionomie particulière à la malade, sans rien changer au fond de cet état et à la valeur pathologique des symptômes principaux.

Comment donc et pourquoi se développent ces phénomènes généraux d'apparence typhoïde? Faut-il, pour les interpréter, admettre l'existence d'une maladie particulière commençant au moment où ils se manifestent? Ou bien trouve-t-on dans l'observation patiente et rigoureuse des faits une autre interprétation qui permette facilement de rattacher la maladie des femmes en couche à une affection bien connue et observée ailleurs en pathologie? Je ne crois pas qu'il soit possible d'hésiter après l'ensemble des lésions et l'ensemble des symptômes successifs que je viens de vous présenter.

J'ai *constamment* trouvé que les veines utérines contenaient du pus; j'ai *constamment* trouvé qu'avant les symptômes généraux existait un symptôme local qui occupe justement, qu'on le remarque bien, le point où le pus est le plus fréquemment observé, l'insertion des annexes à l'utérus; que souvent ce signe local était suivi d'une période inflammatoire dans le cours de laquelle pouvait se développer un état général plus grave état dont l'apparition était signalée par un frisson.

Est-ce forcer le moins du monde les analogies que de dire que, chez la femme en couche, tantôt la plaie utérine marche régulièrement, se cicatrise sans grande peine après une suppuration de bonne nature; que tantôt, au contraire, les plaies veineuses (et Dieu sait s'il y en a un grand nombre) ne marchent pas régulièrement; qu'une phlébite se déclare dans plusieurs d'entre elles, phlébite qui suit ses périodes et peut même se terminer par suppuration sans infection purulente. Enfin que, dans d'autres

exemples, le pus des veines se mêle au sang, comme on le voit chez d'autres blessés, et donne lieu à ces phénomènes graves de d'infection, abstraction faite, bien entendu, de la cause qui rend cette dernière forme plus fréquente à tel ou tel moment. Je reviendrai sur ce point plus tard.

C'est là, selon les faits qui me sont passés sous les yeux, et à l'étude desquels je me suis livré avec une longue assiduité et sans parti pris, je le répète, c'est là, dis-je, la seule doctrine acceptable. Dans son exposé, je ne réclame, à titre de bien qui me soit propre, que la constatation du signe local constant que je vous ai décrit. Il a sa valeur comme marque indélébile de l'influence locale dans les cas où les symptômes d'infection suivent de si près, qu'on les croirait le premier phénomène.

Voyons maintenant les objections qui ont été faites à cette doctrine, et je n'en laisserai aucune de côté, seulement j'en pèserai la valeur. Nous examinerons ensuite, si vous voulez bien me le permettre, chacune des doctrines proposées par les divers auteurs qui combattent celle que je formule ici, et que les faits, longuement et consciencieusement observés, m'ont amené à soutenir.

Dans la discussion qui va suivre, mon cher maître, je vais rencontrer les opinions de bien des hommes que je vénère, celles de bien des hommes que j'aime sincèrement; une fois pour toutes, permettez-moi de le dire en toute vérité, jamais, quoi que ce soit que je dise, je ne m'adresse aux personnes, toutes je les respecte et les tiens pour des plus honorables. Mais la discussion des opinions d'un chacun, dans la science, appartient à tout le monde et peut être nettement établie sous quelque nom que s'abritent les théories diverses. Je ne laisserai jamais en paix une opinion qui me paraîtra mal fondée, fût-elle sous le nom de mon meilleur ami, fût-elle sous le nom de mon père. Je ne demande pas plus de ménagement pour les miennes. Nul, dans une science,

n'a le droit d'espérer faire autorité autrement que par la vérité de ses observations et par la rigueur de ses déductions. Quiconque, sans critique préalablement faite dans son for intérieur, accepte une opinion parce qu'elle émane de tel ou tel, est bien loin de faire preuve d'intelligence. « Il faut chercher sur » l'objet de notre étude, a dit excellemment Descartes, non pas » ce qu'en ont pensé les autres ni ce que nous soupçonnons nous- » mêmes, mais ce que nous pouvons voir clairement et avec évi- » dence ou déduire d'une manière certaine. C'est le seul moyen » d'arriver à la science. » *(Règle* 3 *pour la direction de l'esprit.)*

Je tiens donc les personnes pour très respectables et je n'entends en rien les mêler à la discussion de leurs opinions, autrement la science serait impossible.

Cette discussion, je vous demande la permission de la faire telle qu'elle me viendra, avec l'ardeur de ma conviction. « La conviction est la conscience de l'esprit, » dit Chamfort, et il a bien raison. C'est en toute conscience que je discute.

Votre bien dévoué de cœur,

BÉHIER.

Sixième Lettre.

Mon cher maître,

J'ai résumé, en terminant la précédente lettre, mes opinions sur la doctrine générale, qui, d'après ce que les faits m'ont appris, doit être acceptée sur la maladie des femmes en couches, désignée sous le nom de *fièvre puerpérale*. Il en résulte que tous les accidents sont subordonnés à la plaie utérine; que de cette plaie naissent des inflammations veineuses, suivies, après un temps plus ou moins long, d'infection purulente. C'est à cette infection que doit être rapporté tout ce qui a été dit de la *fièvre puerpérale,* et le frisson qui, selon les divers auteurs, commence la maladie, est l'indice de sa terminaison par infection, terminaison à peu près toujours, sinon toujours mortelle.

Cette opinion, qui n'est pas nouvelle, a soulevé des objections; et tout d'abord, laissez-moi relever un premier fait. Dans la séance de l'Académie de médecine du 13 avril, mon honorable ami, M. Cazeaux, rappelant l'opinion de mon maître vénéré, M. Cruveilhier, « sur l'importance de la lymphangite parmi les » altérations propres à la *fièvre puerpérale,* » a ajouté : « Or, » cette opinion a été vivement contestée par M. Béhier, qui » affirme, au contraire, avoir trouvé dans les autopsies des » femmes mortes de *fièvre puerpérale* plus fréquemment la phlé- » bite que la lymphite. Cette assertion de M. Béhier m'a causé la » plus grande surprise. J'ai ouvert pour mon compte un bon

» nombre de femmes qui avaient succombé à des accidents puer-
» péraux, et je déclare que j'ai rencontré, comme M. Cruveilhier,
» beaucoup plus souvent du pus dans les lymphatiques utérins
» que dans les veines. L'erreur de M. Béhier ne tiendrait-elle pas
» à une confusion anatomique? Car il est remarquable que, bien
» qu'il place le pus dans d'autres vaisseaux que le fait M. Cru-
» veilhier, il le trouve dans les mêmes points de l'utérus ou de
» ses annexes, c'est-à-dire dans les portions qui sont particuliè-
» rement riches en vaisseaux lymphatiques. »

J'emprunte cette rédaction à la *Gazette hebdomadaire,* parce que c'est le journal dans lequel la remarque m'a paru le plus longuement énoncée. Et la chose est simple, puisque la *Gazette,* publiée bien plus longtemps après la séance académique que les autres journaux, peut compléter à loisir ses comptes-rendus. Je pense que mon excellent ami, M. Cazeaux, accepte cette rédaction comme l'expression rigoureuse de ce qu'il a dit.

Je lui ferai d'abord remarquer que je n'ai pas produit sur les lésions que j'ai observées une simple *assertion.* Je n'ai pas dit j'ai ouvert un *bon nombre* de femmes qui avaient succombé aux accidents puerpéraux, et j'ai trouvé *beaucoup plus souvent* du pus dans les veines que dans les lymphatiques utérins. J'ai été plus précis. J'ai dit 85 femmes ont succombé et 84 avaient du pus dans les veines. C'est là autre chose qu'une *assertion,* c'est un fait. Je ne dirai pas que l'*assertion* contraire de mon excellent confrère *m'a causé la plus grande surprise ;* une telle surprise a un air de doute désobligeant, et je serais désolé d'avoir la moindre apparence semblable en présence des paroles de mon ami Cazeaux, même lorsque ce qu'il présente est donné sous forme générale et sans la précision de chiffres rigoureux. Seulement ne va-t-il pas un peu bien vite en besogne quand il dit tout net l'*erreur* de M. Béhier... Il ne m'est pas démontré et il ne m'a pas

démontré que j'aie commis une erreur qui tiendrait à une confusion anatomique. Je savais qu'il fallait éviter cette erreur, et je ne crois pas qu'il pense que j'aie pu confondre des veines avec des lymphatiques, quand j'étais prévenu de la valeur que présentait cette détermination du siége anatomique. Je n'ai pas commis cette erreur, je puis le rassurer pleinement à ce sujet, et si j'ai indiqué les points d'insertion des annexes, les bords latéraux de l'utérus et le col utérin comme les siéges les plus habituels de la lésion, il n'y a rien d'étonnant, puisque les veines sont surtout nombreuses à ces différents points. Que ces *portions* soient particulièrement riches en vaisseaux lymphatiques, je le sais et je ne le nie pas; mais cela n'empêche pas que ces points soient aussi très riches en vaisseaux veineux, comme Dance l'a démontré par des injections, dont j'ai lu depuis peu la description; et cela n'empêche pas davantage que j'aie, avec tous ceux qui m'ont assisté dans mes autopsies, constaté sans aucune confusion que les points occupés par le pus étaient bien des veines. Me préserve le ciel de dire et même de penser que mon excellent confrère a pu commettre l'erreur opposée, et que les lymphatiques qu'il a vus étaient des veines! On ne doit jamais, à mon sens, supposer une telle erreur de la part d'un homme qui a étudié sérieusement une question, et qui, selon la vraisemblance la plus élémentaire, est éclairé sur la possibilité et sur la gravité d'une semblable confusion.

J'ai précisé, quant aux lymphatiques, la coïncidence qui m'a paru nécessaire pour la présence du pus dans leur intérieur, coïncidence qui n'est autre que l'infiltration purulente du tissu cellulaire au niveau du col et des vaisseaux. Cet état anatomique, je l'ai noté 14 fois, c'est le chiffre relaté dans mes notes, mais j'ai eu soin d'ajouter qu'il est peut-être un peu faible, car cette altération a pu exister peut-être un peu plus souvent et ne pas être

relevée spécialement. Au reste, les lymphatiques bien visiblement purulents ont été observés 7 fois seulement, comme je l'ai déjà dit.

L'examen rigoureux a établi pour moi ces diverses remarques; je regrette qu'elles ne concordent pas avec celles de mon excellent maître, M. Cruveilhier, et avec celles de mon bon ami M. Cazeaux, mais enfin je ne saurais qu'y faire. Ce que j'ai vu, permettez-moi de croire que je l'ai bien vu, car j'ai fait grand effort pour éviter de me tromper, là surtout où je savais qu'il était possible de le faire.

J'ai entendu présenter à la doctrine que je soutiens l'objection suivante : Les altérations purulentes que l'on trouve à l'autopsie chez les femmes mortes à la suite de leurs couches, ne peuvent pas tenir à des phlegmasies, car ces femmes succombent souvent trop promptement après le début de la maladie pour que le pus ait le temps de se former. Il faut un certain temps, ajoutent ces personnes, pour que le pus se produise dans des parties phlegmasiées, et alors vient la description de la congestion inflammatoire, de l'épanchement plastique et de la transformation purulente accomplie encore plus tard. Il faut par conséquent, disent toujours les mêmes auteurs, admettre une maladie générale qui préside à la formation du pus, et dont les lésions utérines locales ne sont que la conséquence.

A cela je dirai tout d'abord que, d'après l'étude des symptômes que j'ai faite plus haut, il est de la dernière évidence que la maladie locale est souvent d'un âge beaucoup plus avancé qu'on ne le croirait, si on s'en rapportait à l'époque de l'apparition des phénomènes généraux graves. Cela répond déjà pour une part à l'objection dont j'examine ici la valeur, puisque cela démontre que, du début de la maladie à la mort, la suppuration a très bien pu se former, puisque le temps a été beaucoup plus long que ne

le disent les auteurs, qui prennent la maladie en route, pour ainsi dire, et tout près de son point d'arrivée quand ils font dater son début du frisson.

Mais il y a une autre réponse bien autrement satisfaisante à mon sens, parce qu'elle repose sur une grande loi de pathologie que les personnes auxquelles je réponds me semblent avoir oubliée. C'est la différence capitale qui existe au point de vue de la marche, comme au point de vue de la gravité, entre les maladies primitives et les maladies secondaires et particulièrement entre les phlegmasies de l'une ou de l'autre variété. Deux pathologistes d'un grand talent, dont l'amitié m'honore en même temps qu'elle me réjouit, MM. Barthez et Rillet, ont particulièrement mis ce point en lumière dans leur excellent ouvrage, et c'est même là un des mérites très grands de leur livre, le titre principal qui le recommande à ceux qui étudient la pathologie générale. Il est bien établi maintenant que la marche de ces phlegmasies secondaires est toute différente de celle des inflammations primitives, et que la suppuration est bien plus rapidement développée dans ces formes secondaires. Est-ce chose rare, du reste, en pathologie? Combien de fois n'avez-vous pas vu de vastes pleurésies suppurer en fort peu de temps quand elles se développaient chez des individus déjà malades? Et les pneumonies des sujets affaiblis ne passent-elles pas à la période de suppuration beaucoup plus rapidement que celles qui s'attaquent à des sujets sains?

Si, dans ce dernier exemple, le temps après lequel se produisent les phénomènes de suppuration sur lesquels j'insiste ici est plus long, c'est que les tissus offrent des propriétés différentes à ce point de vue et que, dans les parenchymes, le pus se produit moins rapidement. toutes choses égales d'ailleurs que dans les séreuses. Mais cette différence n'a pas de valeur dans la question, car elle ne détruit pas ce fait, que si les pneumonies secon-

daires ne suppurent pas aussi vite que les pleurésies de même ordre, elles arrivent cependant beaucoup plus vite à l'hépatisation grise que les pneumonies primitives. Cela ne saurait être contesté.

Or, la femme en couche est, par le fait même de l'accouchement, dans un état de maladie. C'est une maladie physiologique si l'on veut, mais ce n'en est pas moins une maladie, ou, pour satisfaire toutes les susceptibilités, un état physiologique qui place la femme dans des conditions analogues à celles de beaucoup de malades. C'est encore ce que l'on a appelé une grande opportunité morbide. Quoi de surprenant, dès lors, à voir les phlegmasies qui se développent chez elle se comporter comme des phlegmasies secondaires et suppurer promptement ? Pour moi, cela ne prend nullement mon esprit au dépourvu, et la chose me paraît simple parce qu'elle est tout uniment la reproduction de ce que je vois ailleurs, où l'équivoque ne saurait être formulée et où il n'est possible d'accepter l'intervention de quelque influence hypothétique que ce soit. C'est donc à leur caractère de phlegmasies secondaires que les inflammations nées chez la femme en couche doivent la propriété de suppurer très rapidement, et ce fait est d'un ordre bien connu en pathologie. Cette facilité de suppuration se retrouve même dans les cas sporadiques. Je n'ai donc pas besoin, pour interpréter le fait, de m'abriter, comme l'a dit spirituellement le savant rédacteur en chef de ce journal, sous le paletot complaisant du génie épidémique, bien que je reconnaisse avec tout le monde que le fait de l'épidémie active encore cette disposition.

Rien n'est plus simple au point de vue pathologique, comme vous le voyez, mon cher maître, que cette terminaison des phegmasies par suppuration rapide, chez les femmes en couches; et il n'est pas besoin, pour interpréter ce fait, d'avoir

recours à l'obligeant appui d'une influence générale, d'un *nescio quid*, d'un *quid divinum*, ou de toute autre hypothèse latine ou française. Là encore la femme en couches rentre sous des lois bien connues en nosologie, non pas par une comparaison, mais par une véritable similitude, ce qui est bien différent, ainsi que le dit Gros-René :

> Nous distinguons nous autres gens d'étude
> Une comparaison d'une similitude.



Autre objection qui a été surtout formulée dans la séance de l'Académie du 23 mars 1858, séance presque tout entière remplie par un orateur des plus brillants et des plus sympathiques, pour lequel je professe une affection sincère.

En parlant de ce qu'il appelle l'organicisme mitigé, cet excellent maître a dit : « Une phlébite se déclare, du pus se forme; une fois » dans les vaisseaux, il infecte toute l'économie, et de là une affec- » tion — on ne dit pas générale — mais généralisée. Déjà les chi- » rurgiens avaient émis cette idée-là. Je parle des chirurgiens » organiciens et localisateurs. Or, il s'agit de savoir, avant tout, si » le pus est absorbable. Des micrographes très pertinents le nient. » Qu'il y ait des éléments absorbables dans le pus, on ne le nie » pas, le pus contenant des éléments séreux ; mais c'est du pus » en nature qu'il s'agit. — Au surplus, en admettant cette dernière » absorption, cela n'expliquerait pas les collections énormes que » l'on trouve dans certains cas. Ainsi une plaie du diploé qui ne » fournit par jour que la valeur d'un dé à coudre de pus, peut être » suivie d'infection purulente, et au bout de deux jours on trouve » loin de là, dans les autres organes, des collections contenant » quatre ou cinq litres de pus. L'absorption n'est donc pas la cause » de ces accidents, et il faut les chercher ailleurs. » *(Union méd.*, numéro du 23 mars 1858.)

Et l'orateur admet que cette cause est dans la spécificité de la

maladie, la fièvre puerpérale étant pour lui « une maladie spéci- » fique, mais une maladie spécifique qui frappe également les » individus qui ne sont pas dans des conditions de puerpéralité.»

A cela je n'éprouve nul embarras pour répondre. D'abord qu'il me permette de lui faire remarquer que, dans la doctrine de la phlébite que je soutiens, il ne sagit nullement de la résorption du pus par voie d'absorption, comme on l'admettait autrefois. Il importe donc fort peu, ici, que les micrographes nient ou acceptent cette absorption, il importe fort peu qu'elle soit possible ou non en thèse générale. La doctrine de la phlébite admet le mélange direct du pus avec le sang. C'est même, en quelque sorte, à propos de l'impossibilité et de l'inanité de la doctrine de l'absorption, dans la majeure partie des exemples, que sont nées les recherches qui ont conduit à établir le rôle de la phlébite. Ce mélange direct du pus avec le sang est attesté par des faits nombreux, parmi lesquels on connaît l'exemple cité par M. le professeur Velpeau *(Note sur quelques observations recueillies à la Clinique, — Archives gén. de méd.*, 1827, tome XIV, pag. 502 et suiv.) J'ai rencontré ce mélange dans les autopsies que j'ai faites. La première de ces *Lettres* fait même mention d'une observation dans laquelle la veine cave inférieure contenait une collection de pus liquide du volume d'une forte noix, sans caillot qui l'isolât du sang que renfermait la veine. M. Tarnier a rencontré un fait analogue (thèse, page 37); je crois seulement qu'il a tort de voir là un *abcès métastatique* de la *veine cave*. Je ne m'explique même pas bien l'emploi de cette locution pour désigner une pareille lésion.

Dans les cas de phlébite, qui se terminent par les symptômes graves de l'infection, le pus se mélange donc directement au sang, et il n'est nullement besoin, par conséquent, pour établir l'infection, de démontrer l'absorption de tel ou tel des principes de ce ce liquide. C'est là un fait notoire, incontestable, peu contesté du reste, et que M. le professeur Bérard a prouvé mieux que per-

sonne dans son article si remarquable du *Dictionnaire de médecine* (tome XXVI, pages 473 et suivantes).

Maintenant, est-ce que ceux qui acceptent et soutiennent cette doctrine ont jamais voulu établir (ceux qui sont sérieux, j'entends) que les collections purulentes, souvent si vastes et si rapidement développées qu'on rencontre dans les cas d'infection, étaient formées par le pus émanant de la plaie primitive, et réuni dans un tel point pour constituer les collections que l'on observe? Non. On a soutenu et on soutient encore que le mélange du pus avec le sang infecte l'économie, de telle manière que le pus se forme dans divers points avec une extrême facilité. Le pus, dans ce cas, engendre le pus comme on a dit, et on en retrouve partout. Est-ce qu'alors le pus est « un ferment assimilant toute l'économie à lui-» même? » Oh! pour cela je l'ignore. Cela est possible, cela peut-être même est probable. Mais le mécanisme de l'action du pus sur l'économie est complétement inconnu, comme le sont presque tous les faits qui s'accomplissent au sein des organes. La seule chose que je constate, c'est que, dans ce cas, du moment que le pus se mêle au sang, des phénomènes généraux graves se manifestent, et qu'alors du pus se produit facilement et rapidement dans divers points de l'économie. Je ne vois pas qu'il y ait là à relever d'autre circonstance que le mélange du pus avec le sang. C'est là la seule influence spécifique qui puisse être invoquée pour la production des symptômes qui se manifestent et des collections purulentes qui se développent.

Continuons, car vous êtes assez bon n'est-ce pas, mon cher maître, pour me permettre de défendre mes opinions, même contre l'auteur du discours du 23 mars, qui, du reste, avec le talent qui lui est si ordinaire, a tout abordé, tout traité dans son improvisation, de telle sorte qu'on le trouve toujours, quelque point du sujet que l'on aborde.

« M. Beau, a dit cet éminent orateur, a eu le grand tort, à mes

» yeux, de ne pas distinguer les accidents puerpéraux de la fièvre
» puerpérale proprement dite et c'est un reproche que je pourrais
» adresser à tous ou presque tous les médecins organiciens et
» localisateurs. »

Que le reproche puisse être adressé à M. Beau, je le veux bien. Il a admis, en effet, pour une part, la fièvre puerpérale quand il a caractérisé la maladie du nom de pyro-phlegmasie. Mais il est difficile de demander cette distinction à ceux qui, comme moi (j'allais dire comme vous), nient l'existence de la fièvre puerpérale. Les accidents puerpéraux, dans la doctrine que je soutiens, sont le point de départ de la collection de symptômes dont on a fait les signes de la fièvre puerpérale, et dans lesquels je vois les signes de l'infection purulente.

« Dans une petite localité, continue l'orateur, en dehors de toute
» influence épidémique, un chirurgien pratique, au sixième mois
» de la grossesse, l'opération césarienne ; une péritonite épou-
» vantable se déclare et la femme succombe. Une manœuvre mal-
» habile et brutale déchire, pendant l'accouchement, le col de
» l'utérus, ébranle l'organe outre mesure, et contusionne une
» grande partie du vagin ; de là une métro-péritonite grave ou
» une phlébite utérine, des abcès dans les ligaments larges, etc.,
» qui emportent la nouvelle accouchée. Voilà certainement des
» accidents très graves et qui tuent les malades tout aussi bien
» que la fièvre puerpérale ; mais, bien qu'ils donnent lieu à beau-
» coup de phénomènes, semblables, bien qu'ils déterminent des
» lésions identiques, dira-t-on qu'ils appartiennent à la même
» forme morbide, les fera-t-on dériver de la même genèse patho-
» logique, en rattachera-t-on le développement à la même cause ? »

Il y a, dans ce paragraphe, bien des choses diverses et qui se lient peu entre elles. D'abord l'influence d'une opération césarienne sur le développement d'une péritonite sur-aiguë ne me paraît pas

rentrer dans la présente discussion. C'est une péritonite traumatique que l'on voit se produire dans ce cas, comme celle que l'on peut observer lors de l'opération de la hernie ou dans toute autre circonstance amenant une plaie du péritoine, surtout si cette circonstance, joint au fait de la plaie la nécessité de manœuvres portant sur la séreuse, et l'exposition un peu prolongée de cette membrane au contact de l'air, comme dans l'opération césarienne. C'est donc simplement une péritonite qui se produit dans ce cas par un mécanisme purement phlegmasique et traumatique. La seule circonstance puerpérale, c'est que la plaie est faite pour extraire le fœtus; mais c'est là une circonstance qui, dans un tel exemple, doit être de toute nécessité rejetée sur les derniers plans, si je puis m'exprimer ainsi, et on ne saurait rattacher à l'influence puerpérale la péritonite épouvantable, laquelle tue à titre de péritonite, et nullement à titre d'accident des couches.

Jamais je n'ai nié les faits de cette nature. Loin de les nier, j'insisterais plutôt sur eux pour faire remarquer qu'on les a réellement travestis en les faisant rentrer dans la fièvre puerpérale, par cela seul que l'utérus était en jeu à un titre quelconque. Qu'on y prenne bien garde, il n'y a rien là qui puisse faire doute; les symptômes sont uniquement ceux de la péritonite et non pas ceux qui ont été assignés à la prétendue fièvre puerpérale. Ces derniers ne se produiront pas dans des cas semblables si rien n'a lieu du côté de l'utérus à titre de grave complication. Je me suis déjà expliqué sur ce point quand j'ai examiné les deux faits présentés par M. Tarnier et celui qu'a rapporté sommairement M. Depaul. Les auteurs qui ont considéré toute maladie, quelle qu'elle soit, comme une fièvre puerpérale, par cela seul qu'elle se développe chez une femme en couche, ont pu seuls voir des fièvres puerpérales dans ces exemples. Ce sont de simples péritonites, et je ne crois pas possible, en saine pathologie, d'y

voir autre chose. Ce qui a pu faire confusion pour plusieurs personnes regardant ces exemples en gros, pour ainsi dire, c'est que les symptômes péritonéaux se manifestent chez un certain nombre de femmes en couche déjà atteintes des phénomènes graves que nous étudions, dans les cas où la phlegmasie péritonéale, d'abord locale, se propage par une sorte d'éclat et qu'il y a alors mélange des symptômes propres à chacun de ces deux groupes pathologiques. Mais une analyse exacte des symptômes ne permet pas une telle confusion et vous avez dû pouvoir, dans ces cas complexes, démêler, comme cela m'est arrivé plusieurs fois, les signes appartenant à la complication lorsqu'elle parlait suffisamment, et ceux qui, appartenant à l'infection, constituent, pour ainsi dire, le fond de la maladie que j'étudie ici.

Dans ce premier exemple, cité par notre auteur, il n'y a donc rien qui se rattache réellement à la question que nous examinons. Il ne s'agit que d'une péritonite traumatique. Vient maintenant la seconde catégorie de faits, une manœuvre malhabile ayant produit des déchirures, des contusions, etc. La métro-péritonite et tous les autres accidents graves mentionnés comme conséquences, tuent, en effet, les malades aussi bien que la prétendue fièvre puerpérale. Toutefois, observez bien qu'il ne s'agit pas seulement de savoir s'ils tuent aussi bien, mais de décider s'ils tuent de la même manière et, permettez-moi la locution, s'ils tuent par le même mécanisme; c'est là, en effet, que gît toute la question, c'est là ce que décide l'observation. Et, en vérité, je ne sais pas ce qu'on pourrait reprocher à quelqu'un qui, voyant ces plaies et ces contusions, suites de violence, donner lieu à des phénomènes semblables et déterminer des lésions identiques à ce qu'on trouve chez les femmes atteintes de la prétendue fièvre puerpérale, irait conclure qu'il a affaire, dans l'un et dans l'autre cas, à la même maladie. On pourrait lui crier à l'organicien, au locali-

sateur, comme on criait jadis au loup; mais comment lui faire un crime de trouver semblable ce qui est identique. Je n'en aurais pas le courage, pour ma part, dussé-je partager sa disgrâce, et me voir même traiter avec la superbe que le Dalaï-Lama de la médecine étiologique a mise à morigéner mon ami Cazeaux.

Une remarque m'a surtout frappé depuis que j'étudie cette question, et principalement depuis que je résume les faits sous vos yeux, c'est que dans tous les écrits, dans toutes les conversations, dans la discussion académique et même dans le discours de l'orateur auquel je m'efforce ici de répondre, on perd beaucoup trop complétement de vue, à mon sens, comme j'avais l'honneur de vous le dire dans une conversation récente, les exemples de l'affection dont il s'agit, développée à l'état sporadique, et il semble que la maladie ne se produise jamais qu'à l'état endémique. M. Cazeaux seul a insisté sur ce point pour faire remarquer très judicieusement qu'on a eu le tort, quand on a cherché à assigner un rang en nosologie à la fièvre puerpérale, de ne l'étudier que sous la forme épidémique, forme toujours plus complexe pour l'esprit de l'observateur. Or, que s'est-il passé dans les cas sporadiques que j'ai pu observer, comme dans ceux auxquels M. Cazeaux a fait allusion? Exactement la même chose que ce que je rencontrais lorsque les cas étaient plus multipliés. J'ai trouvé la même succession de phénomènes : gonflement et douleur sur l'une ou l'autre annexes, quelquefois des deux côtés en même temps, mouvement fébrile, collections de symptômes généraux inflammatoires, et à un moment, frisson violent et développement de l'état typhoïde avec ou sans mélange de phénomènes ataxo-adynamiques. Dans les cas multipliés, dira-t-on, la gravité est plus grande, la manifestation des phénomènes généraux thyphoïde est plus rapide. D'accord. Mais les caractères nosologiques ne sont pas différents pour cela. Cela ne change rien à la délimitation de la maladie;

c'est une circonstance *étiologique* qui modifie le pronostic et la marche de l'affection, mais qui ne modifie pas les caractères fondamentaux symptomatologiques ou nécroscopiques, de façon à en faire une *espèce* nosologique à part, différente de la maladie sporadique ; tout au plus pourrait-on voir là une *variété* d'une même espèce. Du reste, en est-il autrement dans d'autres circonstances où le doute n'est plus possible. Voyons les faits :

« Un homme se fait pratiquer une saignée de précaution. Cet » homme jouit de toute la plénitude de sa santé ; il occupe une » habitation saine ; il commet l'imprudence de faire usage de son » bras avant la cicatrisation de la veine ; celle-ci s'enflamme, » sécrète du pus que le sang entraîne et qui se mêle avec lui. Cet » homme offre bientôt les symtômes graves de l'affection puru- » lente, suite de la phlébite. » (Bérard, *loc. cit.)*

Voilà un fait simple, facile à étudier, et il éclaire sensiblement sur la valeur et sur l'origine des accidents éprouvés par les opérés et par les blessés réunis dans un hôpital, quand on voit que, dans les deux cas, les symptômes sont les mêmes, et « qu'à l'ouverture » des cadavres, les lésions seront au fond les mêmes dans les deux » cas. Quel est donc le lien commun entre ces deux affections » survenues dans des conditions hygiéniques si différentes ? Ce » lien, c'est la phlébite, c'est elle qui constitue l'identité entre les » deux cas. Comment, d'ailleurs, pourrait-on expliquer autre- » ment l'apparition des symptômes d'infection purulente chez » l'homme qui s'est fait pratiquer une saignée de précaution ? » Dira-t-on que, chez cet individu, il s'est développé tout à coup, » au sein de la plus brillante santé, une *fièvre purulente* qui a » causé la phlébite, la suppuration dans la veine et les abcès » métastatiques ? Une semblable hypothèse serait une absur- » dité. » (Bérard, *ibid.)*

Or, cette similitude complète des accidents sporadiques et des

accidents plus généralisés par l'épidémie, exprimée par M. le professeur Bérard avec toute la netteté de son esprit limpide et rigoureux, s'applique parfaitement aux faits qui nous occupent ici. Comme chez les blessés, chez les femmes en couches devenues malades sporadiquement, et chez celles qui, l'étant en plus grand nombre, révèlent une influence épidémique, les symptômes et les lésions ne varient pas au fond. Il y a bien une influence qui généralise la maladie et qui fait que les veines sont atteintes d'inflammation à un moment donné chez un plus grand nombre de femmes, qui fait que, de même aussi à un moment donné, la terminaison par infection purulente devient plus fréquente. Cela est très réel, personne ne le nie, car les faits sont là pour le prouver ; cela est. Nul ne peut refuser de l'accepter, comme nul ne peut refuser de reconnaître qu'à un moment donné presque tous les blessés dans les salles de chirurgie sont frappés d'accidents de phlébite terminée très facilement par infection purulente. Mais c''est là une circonstance purement étiologique et cela ne fait rien à la doctrine que l'on doit admettre sur la maladie. Cela ne change pas les caractères qu'elle présente à l'état sporadique, d'une façon assez radicale pour faire des cas épidémiques une affection différente. Maintenant est-il possible de faire de cette influence la maladie spécifique elle-même en quelque sorte ? Peut-on admettre et rapporter à la maladie des femmes en couches tout ce qu'a dit l'orateur du 23 mars, sur les virus et sur la spécificité ? Vous m'autoriserez, n'est-ce pas, à examiner tous ces points en toute liberté. Seulement, je suis obligé de renvoyer cette partie de la discussion à une autre lettre, car celle-ci est déjà bien longue.

Croyez bien, cher maître, à l'affection sincère et au respect sans bornes de

Votre bien dévoué de cœur,

BÉHIER.

Septième Lettre.

Mon cher maître,

Je continue, ainsi que vous voulez bien me le permettre, l'examen des opinions émises dans le discours du 23 mars.

Ce qui distingue les accidents puerpéraux de la fièvre puerpérale, c'est la spécificité qui domine la seconde et qui n'existe pas pour les premiers, dit l'auteur. Comment le démontre-t-il?

Aucun moyen d'analyse chimique, dit-il, ne permet de distinguer le pus de la variole du pus de l'ecthyma, le venin de la vipère de l'eau de gomme, le *réactif vivant* seul montrera la différence.

Mais permettez; tout d'abord est-ce que la prétendue *fièvre puerpérale,* même en admettant pour un moment son existence, pourrait être considérée comme une maladie virulente, et les idées pathologiques, que réveillent les mots de venins et de virus, peuvent-elles s'appliquer à la prétendue *fièvre puerpérale?*

Pour les venins et les virus, un grand fait, c'est l'inoculation possible, je ne dis pas nécessaire, puisque là encore l'immunité peut jouer un rôle capital. Seulement cette inoculation, qui a presque toujours lieu par l'introduction dans l'économie d'un produit liquide, a pour effet, quant aux venins, de déterminer des symptômes toujours identiques dans tous les cas de l'inoculation d'un même venin, et quant aux virus, ils font naître dans l'économie qui subit leur action, outre des symptômes particuliers

identiques dans les divers cas, la propriété de pouvoir élaborer à son tour un agent tout à fait apte, comme celui qu'elle a subi, à reproduire dans une troisième organisation les symptômes que l'inoculation a développés chez elle. Il y a bien à cette transmissibilité des virus par une reproduction successive, certaines conditions nécessaires; ainsi, jusqu'à présent, l'homme ne paraît pas apte à transmettre le virus rabique après en avoir subi l'influence, mais c'est là un fait de détail qui tient à la différence primordiale qui sépare l'homme d'avec les carnassiers comme ordre zoologique, mais qui n'altère pas les caractères nosologiques fondamentaux des virus. Or, y a-t-il dans la prétendue *fièvre puerpérale* rien qui ressemble à un venin, rien qui ressemble à un virus, et pourrait-on l'*inoculer*, elle dont la contagion, en dehors de certaines complications, est encore un fait sujet à discussion. L'auteur rappelle bien que les virus peuvent naître spontanément dans l'organisme (ce qui, pour le dire en passant, frise quelque peu l'organicisme, ce péché peu véniel). Ils y naissent spontanément, à coup sûr; le contester me semble impossible, mais ce qui fait leurs caractères de *virus*, c'est qu'ils peuvent se transmettre par inoculation, et la maladie née spontanément chez le loup qui vit isolé dans les bois n'a pu être catégorisée à titre de maladie virulente qu'après qu'on a vu que l'animal qui en était atteint, pouvait communiquer par l'inoculation une affection identique à celle qu'il éprouvait lui-même, laquelle, développée ainsi chez le chien, devient transmissible un certain nombre de fois. Rien de semblable dans la fièvre puerpérale.

Présente-t-elle même la contagion au degré de ces maladies qui, comme la rougeole et comme la scarlatine, se transmettent d'organisme à organisme, bien qu'on ne puisse pas jusqu'ici assigner de siége spécial, comme on le peut pour les maladies virulentes par excellence, à l'agent inconnu qui les rend ainsi conta-

gieuses. Je ne le crois pas, quant à moi, d'après les faits dont j'ai été témoin ; je ne le crois nullement non plus d'après les faits cités par M. Depaul, et pas davantage d'après ceux que l'on invoque des divers côtés. Et même, en admettant ces faits, il y aurait toujours assurément grande différence entre le degré de contagion qu'ils représentent et celle qui est propre à la rougeole et à la scarlatine.

Les expressions de *venin* et de *virus* conviennent donc médiocrement à la fièvre puerpérale. Celle de miasme peut lui être appliquée, mais remarquez combien le rapport du miasme à la maladie acceptée comme résultat de cette influence est moins précis, moins clair et plus hypothétique que le rapport du venin et du virus à la maladie que déterminent ces agents.

Mais enfin, abstraction faite de ces désignations qui se rapportent plus exactement à d'autres exemples, cet état morbide, tel que le comprend l'auteur, est-il présenté par lui avec ses caractères propres et distinctifs ? Indique-t-il surtout à quoi nous pourrions reconnaître cette spécificité qui doit nous servir à faire le départ de ce qui appartient aux accidents puerpéraux et de ce qui est la fièvre puerpérale ? Non ! Car il avoue lui-même, un peu plus tard, qu'il ne saurait indiquer les différences ou établir les distinctions « qui permettent chez une femme en couche de distin- » guer la péritonite grave simple, de la péritonite spéciale, de la » péritonite qui se rattache à une fièvre puerpérale. »

En cela encore, la comparaison avec les venins et les virus, sur laquelle il s'appuie de nouveau, cloche sensiblement, car venins et virus, contrairement au virus puerpéral qu'il admet, déterminent des ensembles de phénomènes toujours identiques dans les divers cas, et capables, par ce cachet particulier, de faire remonter des symptômes à la cause. Le venin de la vipère produit toujours le même ensemble de phénomènes fondamentaux pour une même

espèce de vipère, et le virus rabique, comme le virus variolique et le virus syphilitique déterminent dans l'économie des groupes de symptômes qui leurs sont propres, qui les différentient des autres ensembles pathologiques, et peuvent seuls révéler leur inoculation, puisque, comme l'a fort bien fait remarquer l'orateur, le *réactif vivant* permet seul d'affirmer les caractères distinctifs des virus.

Il ajoute : « Vous qui ne voulez pas de l'espèce nosologique et » qui répugnez à la spécificité morbide, confondrez-vous, malgré » les caractères communs qu'elles présentent, la colite commune » grave avec la colite épidémique, avec la dysenterie contagieuse, » l'entérite simple avec la dothiénentérie, la bronchite simple » avec la coqueluche ? Vous vous garderez bien de tomber dans » une aussi étrange et aussi funeste confusion. »

Assurément, je m'en garderai bien; mais, en vérité, je n'aurai pas grand mérite à cela, car, si je ne confonds pas la colite avec la dysenterie, c'est qu'elles offrent des caractères différents que tous les auteurs ont pris soin de noter pour nous apprendre à faire cette distinction, et parmi lesquels le sang émis dans la dysenterie, le ténesme si violent et l'ensemble de phénomènes typhoïdes qu'on y remarque figurent pour une forte part. Si je ne prends pas une entérite simple pour une dothiénentérie, c'est que je sais des écrivains que j'honore et que j'aime qui ont pris grand soin de m'indiquer les symptômes, et même, s'il faut le dire, les lésions qui séparent ces deux affections comme espèces nosologiques. Enfin, entre la bronchite simple et la coqueluche, les signes particuliers et différentiels ont été relevés en assez grand nombre pour que la confusion soit impossible.

Je ne ferai donc pas ces erreurs parce que je trouve à chaque pas des caractères qui les rendent impossibles. En pourrai-je faire autant entre les accidents puerpéraux et la fièvre puerpérale? Pour-

rai-je, comme le conseille l'orateur auquel je réponds, appliquer à cette distinction ces mêmes principes, cette même prudence? De son propre aveu, je ne le pourrai pas, et, comme j'ai cherché à le démontrer plus haut, ce qu'il dit des venins et des virus ne me sera, à ce sujet, que d'une très médiocre utilité.

Ah! s'il refusait de voir une manifestation de la prétendue fièvre puerpérale dans la péritonite et dans les autres affections si bizarrement amalgamées sous cette appellation commune; s'il réservait cette désignation pour la collection de symptômes graves qui constituent surtout la maladie aux yeux de certains essentialistes, il aurait pu dire la péritonite, la phlébite, etc., sont des accidents puerpéraux, les symptômes généraux graves sont seuls la fièvre puerpérale, il faut distinguer les uns des autres, on l'aurait compris facilement, même en supposant qu'on restât d'opinion différente. Mais point, il accepte, comme pouvant suffire à caractériser la fièvre puerpérale, les lésions diverses qui ont été comprises sous cette appellation, avec MM. Tarnier et Lorain, la péritonite, et avec M. Charrier la pleurésie. Pour moi, j'admets pleinement et sans scrupule les espèces nosologiques, mais quand elles ont des caractères propres qui les établissent clairement à titre d'espèce distincte; bien plus, j'admets tout à fait avec tout un chacun les *variétés* dans une même espèce, mais toujours à la condition qu'on me présente pour justifier cette distinction des caractères qui impriment des différences capables d'isoler une variété du reste de l'espèce. Enfin j'admets, sans plus de difficulté, les affections spécifiques; seulement je demande, pour asseoir l'existence d'une maladie de cette espèce, un ensemble de phénomènes qui la distingue des autres groupes déjà admis comme affections spéciales, et qui rappelle par ses caractères l'application d'une cause toujours identique dans les divers exemples. Est-ce là une indiscrétion bien organicienne? J'estime,

du reste, que ces précautions sont plutôt un moyen d'éviter les plus graves erreurs qu'une cause pour les commettre.

La délimitation d'un semblable groupe qui puisse démontrer la spécificité que l'auteur invoque ne ressort pas, il me semble, du discours du 23 mars. Or, comme je le disais dans la première *Lettre* que j'avais l'honneur de vous adresser le 16 mars, il s'agit de savoir s'il existe une affection qui puisse être établie à titre de maladie distincte, délimitée et essentielle sous le nom de *fièvre puerpérale.* La question portée devant l'Académie est, avant tout, une question de délimitation d'une forme pathologique. M. le professeur Bouillaud a envisagé la situation sous ce même point de vue dans son excellent discours du 20 avril, et l'a posée avec tout le talent qui le distingue et avec toute l'autorité qui lui appartient. Or, cette question de délimitation avait-elle été résolue par l'auteur du discours contre lequel je me défends dans la première partie qui fut prononcée le 16 mars devant l'Académie?

La fièvre puerpérale, suivant lui, ne serait pas propre à la femme, et elle exercerait aussi sa funeste influence sur l'homme. Il accepte, comme je l'ai déjà dit, les faits de MM. Tarnier, Charrier et Lorain, et admet que la fièvre puerpérale est la cause des péritonites des enfants nés à terme et du fœtus avant sa naissance. Selon lui, une autre preuve de l'action de la fièvre puerpérale, ce sont les ophthalmies, les érysipèles, etc., qu'on observe chez les enfants nés à l'hôpital et chez ceux qui viennent du dehors. Les accidents de pourriture, de résorption purulente, les abcès multiples et les phlegmasies viscérales observées chez les blessés ou chez les opérés dans les salles de chirurgie, lui représentent la même influence. Bien plus, il ne serait pas, selon lui, nécessaire qu'une plaie ouvrît pour ainsi dire une porte à la contagion. Ainsi, en 1846, les femmes en couches avaient été enlevées des salles de la clinique de M. le professeur Dubois, à cause d'une

épouvantable épidémie de fièvre puerpérale; M. Pidoux, ayant à traiter des malades atteints d'affections communes, lesquels avaient été placés dans les mêmes salles de la Clinique, fut bientôt surpris de voir toutes les affections revêtir promptement une physionomie singulière, s'aggraver en dépit des soins les mieux dirigés, et ne pas tarder à se terminer par la mort. « M. Pidoux, » ajoute l'orateur, reconnaît dans ces particularités l'influence » maligne de la fièvre puerpérale qui avait survécu dans ces salles » au départ des femmes en couches.

» Enfin, de même pour les maladies chirurgicales sans plaie, » les tumeurs par exemple, les chirurgiens peuvent vous dire que » dans les salles voisines d'un service d'accouchement où sévit la » fièvre puerpérale, il n'est pas rare de voir, même sur les ma- » lades qui ne sont ni blessés ni opérés, survenir des indisposi- » tions qui se traduisent par de l'inappétence, de la diarrhée, » puis des symptômes généraux d'une certaine gravité. »

Dans tout cela, permettez-moi de le dire avec franchise, mon cher maître, rien ne ressemble à la délimitation d'une espèce morbide spéciale, ayant ses caractères propres et particuliers qui ne permettent à personne de la confondre avec telle ou telle autre affection analogue et qui déterminent *sa nature naturante,* comme dit Bacon. Je vois une influence étiologique absolument inconnue dans son essence, comme elles le sont souvent, laquelle détermine ici des ophthalmies, là des érysipèles, ailleurs des accidents communs et identiques chez les femmes en couches et chez les blessés, en un mot, beaucoup de formes diverses, mais pas d'effets spéciaux, de groupes distincts, identiques dans les différents cas. Rien qui délimite une individualité morbide.

Quant au fait particulier à mon ami et collègue, M. Pidoux, il est très vaguement exprimé. Il faudrait pouvoir étudier les détails de tous ces malades, pour pouvoir bien démontrer la valeur

de cette influence générale et surtout pour relever les traits nosologiques qui la caractérisaient. Il est évident et j'accepte tout à fait que l'influence inconnue, qui avait déterminé une telle épidémie chez les femmes en couches, a pu s'exercer sur les maladies les plus diverses et leur imprimer un caractère de gravité insolite. Mais leur imprimait-elle un caractère commun, propre à faire de chaque exemple une maladie identique à celle du voisin ? Voilà ce que je n'accepte pas comme démontré. La constitution régnante dans la salle pouvait bien rapprocher des affections de siéges différents par des épiphénomènes semblables ; cela se voit tous les jours, et cela en étiologie a été appelé *constitution médicale*, mais cela ne peut pas permettre de faire des divers exemples, où ces traits communs sont observés, une même affection délimitée à titre d'espèce particulière, distincte, et qui soit identique dans les divers exemples. J'accepte aussi que, à un moment donné, les malades placés dans des salles de chirurgie et n'offrant aucune plaie, éprouvent des symptômes d'embarras gastrique, de la diarrhée, etc., mais ces symptômes existent ailleurs en même temps, et la ville fournit aussi aux hôpitaux son contingent de faits analogues, nés dans le même moment en dehors de l'influence de l'hôpital, puisque les malades viennent au contraire y chercher des secours contre ces états qui ne peuvent d'ailleurs par leurs caractères rentrer sous un titre commun avec les accidents graves des femmes en couches et des blessés.

Tout cela, vous le voyez, c'est uniquement de l'étiologie, c'est une remarque certainement utile sur la traduction par des traits divers selon les individus et selon leurs conditions différentes, d'une même constitution médicale ; mais rien là ne ressemble à la délimitation d'une forme pathologique spéciale et distincte.

Et enfin, dans la conclusion de l'auteur, voit-on rien qui précise la question dans le sens désirable ? « Je crois donc qu'il y a

» dans la fièvre puerpérale *quelque chose de* spécial *qui fait le*
» *caractère* et le fond même de la maladie ; *ce quelque chose*
» *appartient à la femme en couches*, qui se trouve incontesta-
» blement dans une grande opportunité morbide, dans une remar-
» quable aptitude pathologique. »

Ce quelque chose *qui fait le caractère de la maladie* est justement ce dont j'aurais voulu voir préciser les caractères, autrement lorsqu'il reste ainsi à l'état vague, mon esprit a bien de la peine à ne pas le rapprocher de ce qu'on appelle une cause finale. Or, la recherche d'une cause de ce genre ne m'a jamais beaucoup tenté après ce que Bacon m'a appris : « *Nam causarum finalium inquisitio sterilis est, et, tanquam virgo Deo consecrata, nihil parit.*» *(De augm. scient.* lib. 3, cap. 5.) C'est pourquoi dussé-je m'attirer quelques épithètes mal sonnantes, même de la part de gens que j'aime, je n'accepte, dans notre science, que ce qui m'est accessible ; je rejette à leur lieu et place, sans leur permettre d'empiéter sur le terrain des choses évidentes, les hypothèses si brillantes qu'elles soient, et, sans faire profession d'être de l'école positiviste, je dis volontiers avec M. Littré : « La philosophie
» positive m'a enseigné, que tout ce qui se rattache à l'origine
» ou à la finalité est complétement inaccessible à l'esprit humain
» et doit être désormais abandonné. » (Littré, *Études d'histoire primitive,* in *Revue des Deux-Mondes,* 1er mars 1858.)

Je ne trouve donc pas démontrée par l'orateur la nature spécifique et essentielle de la maladie qui nous occupe, même en l'étendant, comme il le veut, à un grand nombre de malades divers. Il m'en coûte beaucoup, croyez-le bien, mon cher maître, d'être d'un autre avis qu'un homme à qui je suis sérieusement et sincèrement attaché, pour le caractère et pour l'esprit duquel j'ai la plus haute estime et dont j'ai appris à suivre volontiers les voies, marquées qu'elles sont par les services éminents qu'il a

rendus et qu'il rend tous les jours à la science. Mais il me saurait le plus mauvais gré du monde s'il me voyait, sur un sujet que j'ai étudié d'une façon spéciale depuis quatre ans, taire ou fausser mes convictions pour rentrer dans son dire. La franchise est le plus pur hommage qu'on puisse offrir aux âmes élevées et aux natures généreuses. C'est cette conviction qui m'a poussé à discuter franchement cette doctrine de la spécificité et de l'essentialité particulière proposée pour l'interprétation les faits de l'ordre de ceux que j'avais étudiés.

A côté de cette essentialité vient nécessairement se ranger la doctrine qui fait de la fièvre puerpérale une fièvre essentielle non plus applicable à beaucoup de malades de sexes et d'âges différents, mais habituellement limitée aux femmes en couches. C'est la doctrine qu'ont présentée surtout les accoucheurs de l'école de la Maternité de Paris. C'est celle de M. le professeur Dubois, acceptée avec des nuances très accusées par MM. Danyau, Depaul, Charrier, Lorain et Tarnier. Examinons un peu cette doctrine, sa démonstration serait la négation absolue de l'opinion que les faits patiemment étudiés m'ont forcé d'adopter. Voyons ce qu'il en est.

Le discours de mon excellent ami M. Depaul, est l'expression la plus ferme de cette doctrine, c'est là surtout que je vous demande la permission de l'examiner. Il a tout d'abord, avec une précision rare, et digne d'un esprit tel que le sien, fixé ce qu'il se proposait de démontrer dans son discours :

« 1° Existe-t-il une affection primitivement générale, à laquelle » il convient de donner le nom de fièvre puerpérale?

» 2° Si cette maladie existe, quels en sont les caractères? Comment la distinguer d'un grand nombre d'autres affections qui » n'ont rien de commun avec elle, ni par le point de départ, ni » par la marche, ni souvent par la gravité, ni enfin par la thérapeutique qu'elles réclament? »

Voilà qui est net; et ce programme bien rempli amènera la solution positive de la question. M. Depaul la résout par l'affirmative; comment fait-il?

« En répondant par avance d'une manière affirmative, dit-il, je » suis sûr de rencontrer peu de contradicteurs dans cette assem- » blée..... » C'était là un exorde habile du genre *ab insinuando;* mais il a vu au contraire, par la suite de la discussion, que le *consensus* n'était pas aussi général qu'il le croyait. Habitué à traiter la question entre pathologistes spéciaux qui la considéraient comme de leur domaine propre, et exposant l'opinion de leur école, il croyait la chose simple, incontestable. Les pathologistes, livrés à des études moins limitées, habitués à des examens comparatifs plus étendus, ne se sont pas, peut-être par cela même, rangés tous à beaucoup près autour de M. Depaul, même ceux que leur position spéciale met le plus à même de juger la question. Après un exposé historique, il arrive aux preuves sur lesquelles, selon lui, on peut s'appuyer pour admettre l'*essentialité* de la fièvre puerpérale. Ces preuves sont « *la nature épidémique* » qui constitue, selon lui, une forte présomption en faveur de son opinion. « En effet, elle est épidémique comme le typhus et la » fièvre typhoïde. Une hygiène mauvaise, l'encombrement, en » sont les causes habituelles; une fois développée, elle peut sévir » non seulement sur les nouvelles accouchées, mais sur d'autres » femmes, sur des enfants et sur des malades voisins du lieu où » elle exerce ses ravages. Parfois on voit le muguet, les ophthal- » mies en être les avant-coureurs, et des érysipèles se développer » dans les salles de chirurgie concurremment avec la fièvre puer- » pérale dans les salles d'accouchement. Il l'a vue se développer » sur des élèves de la Maternité. Il n'est même pas besoin, pour » que la fièvre puerpérale se déclare, que la femme soit accou- » chée, qu'elle soit même en travail, et j'en ai vu périr, dit-il, vic-

» times de cette fièvre à la Clinique, à l'autopsie desquelles je
» trouvais toutes les lésions de la fièvre puerpérale.

» A toutes ces preuves..... » dit en terminant M. Depaul.

Mais ne vous semble-t-il pas, mon cher maître, que tout ce qui précède constitue des énoncés de faits et nullement des *preuves?* Tous ces faits sont vrais, mais, pour les élever au degré de *preuves* de l'*essentialité* d'une maladie, ne faudrait-il pas une certaine discussion qui leur assignât, d'une façon péremptoire, une semblable valeur. Votre maladie essentielle se montre à l'état épidémique? C'est-à-dire qu'elle règne à la fois sur un grand nombre d'individus comme le font le typhus et la fièvre typhoïde, mais cette généralisation ne prouve pas sa nature essentielle. Les amygdalites simples règnent souvent, et, en ce moment même, à l'état épidémique; cela constituera-t-il, pour ces affections, une preuve d'essentialité? Une mauvaise hygiène, l'encombrement affirmés à à titre de causes rigoureusement efficaces, ne sont pas non plus une preuve d'essentialité. La mauvaise hygiène prédispose à toute espèce de maladie en diminuant la résistance de l'économie, mais cela ne crée pas une essentialité nécessaire, et l'encombrement peut bien être une donnée sur l'origine miasmatique de la maladie, mais ce n'est pas non plus là un motif prépondérant d'essentialité. Les femmes, les enfants, les malades voisins en sont pris, dites-vous? Cela, même avant d'être admis dans la discussion à titre de preuve à démontrer, devrait être prouvé et une fois la réalité de ce fait établie, il indiquerait la généralisation de l'aptitude pour cette maladie et nullement encore son essentialité. Que le muguet et les ophthalmies la précèdent, que les érysipèles dans les salles de chirurgie l'accompagnent, en quoi cela démontre-t-il la nature essentielle de l'affection? Comment la coïncidence ou la préséance d'affections multiples et variées peut-elle *prouver* l'essentialité d'une forme morbide quelle qu'elle soit, quand ces affections diffèrent avec

elle à un tel degré? J'ai sans doute l'esprit bien mal fait, bien étroit, mais je ne vois pas là une *preuve* de cette essentialité.

J'ai déjà parlé plus haut des élèves de la Maternité, atteintes soi-disant de fièvre puerpérale en dehors des conditions d'accouchement, et j'ai essayé de démontrer qu'elles étaient mortes de péritonite, et qu'il était impossible d'établir la *nature puerpérale* de ces péritonites.

M. Depaul a vu des femmes, en dehors du travail, périr victimes, selon lui, de la fièvre, à l'autopsie desquelles il trouvait les lésions caractéristiques de la fièvre puerpérale. Y a-t-il là encore des preuves de l'essentialité de la maladie? Et si à l'autopsie, à l'autopsie notez bien, vous avez trouvé des *lésions caractéristiques* de la fièvre puerpérale, cela veut dire qu'il existe dans cette maladie des caractères anatomiques habituels, mais cela ne prouve pas que la maladie soit essentielle; cela est même tout d'abord opposé à l'idée d'essentialité, car en général, dans les maladies, les lésions anatomiques, assez constantes pour être caractéristiques, sont peu subordonnées; elles ont plus habituellement une autre valeur.

C'est cette subordination des lésions anatomiques qu'il s'agit de démontrer pour établir l'essentialité de la maladie. Les auteurs qui défendent cette doctrine l'ont bien senti. Deux arguments sont surtout mis en avant pour arriver à ce but.

Le premier déjà produit par M. Guérard et répété ensuite par M. Depaul, c'est que « dans presque toutes les épidémies de fièvre » puerpérale, on a trouvé des lésions anatomiques, et ces lésions » ont été excessivement variées. Assurément, certains organes » paraissent être le siége de prédilection anatomique de la maladie..... Ainsi, il y a une péritonite le plus souvent; puis viennent la métrite, la métro-péritonite, la lymphangite utérine, la » méningite...., du pus dans l'œil...., une friabilité particulière » du tissu cellulaire. Enfin, dit M. Depaul, j'indiquerai comme

» exemple de l'extrême variabilité des lésions, certaines altérations
» de la peau, d'aspect scarlatiniforme, qui sont les indices d'un état
» général tellement grave, que le retour à la santé n'a jamais lieu
» ce cas. Si l'on joint à cela l'état du système nerveux, le délire,
» dans l'anxiété, la gêne de la respiration, qui n'explique pas la dis-
» tension de l'abdomen par des gaz, il ne me paraît pas, ajoute
» mon excellent collègue M. Depaul, qu'il puisse exister des
» doutes sur l'essentialité de la maladie. »

Je ne vois pas, pour le dire en passant, comment l'essentialité de la maladie devient plus évidente parce qu'on join tde purs symptômes, tels que l'état du système nerveux (terme bien vague) et le délire à l'examen des altérations anatomiques, telles que celles de la péritonite, par exemple. Tous les jours, nous rencontrons dans la péritonite et dans bien d'autres affections un état grave du système nerveux, du délire, sans que cela imprime à la maladie un cachet d'essentialité. Et maintenant, pour la variabilité prétendue des lésions à l'aide de laquelle on voudrait prouver leur peu d'importance, permettez-moi de m'arrêter un moment.

Depuis que j'étudie de près les faits afférents à cette maladie, j'ai toujours été frappé de l'étrange confusion dans laquelle sont restés les auteurs qui admettent l'existence de la fièvre puerpérale. Tout ce qui survient chez une femme en couches, toutes les lésions qu'ils rencontrent à l'autopsie, leur sont symptômes ou lésions caractéristiques, sans qu'ils paraissent soupçonner que certaines de ces lésions, par exemple, sont de simples coïncidences, et que certaines autres, par leur gravité propre, ont une valeur prépondérante et ne sont nullement à l'état de subordination d'une autre maladie essentielle. C'est, à mon sens, se contenter trop facilement, et plaindre trop sa peine. Il est indispensable, selon moi, de bien étudier et de bien préciser le rôle de ces diverses lésions, si on veut en fixer et en établir la valeur nosologique véritable.

Ainsi, par exemple, je vois citer à chaque pas, à titre de

preuves, par les auteurs dont j'examine ici l'opinion, les faits rapportés par M. Charrier dans sa thèse ; j'ouvre cette thèse, je la lis avec tout le soin qu'elle mérite, et je vois surtout qu'elle est faite pour démontrer que dans l'épidémie dont l'auteur a été témoin, la fièvre puerpérale a affecté souvent la forme thoracique. Or, par quels faits démontre-t-il cette forme thoracique qui serait à coup sûr curieuse et singulière? En voici un exemple transcrit textuellement (page 94) :

Obs. XLIX. — *Fièvre puerpérale, forme pectorale ; guérison.*

Bourb..., primipare, fille, 20 ans, est depuis le 15 septembre dans l'établissement. Le 8 octobre, accouchement naturel. Le 12, elle est passée aux infirmeries n° 23. Elle a de la fièvre depuis deux jours ; depuis sa montée de lait, légère dyspnée ; le pouls est à 120. Thorax douloureux au-dessous du mamelon droit ; face pâle, mais pas très altérée ; langue sale. (Ipéca stibié, lim. 2 pots, julep diacodé, 45 gram.) — Soir, mieux ; elle a des déjections alvines considérables ; le foie est douloureux ; matité à droite, égophonie. Vésicatoire au côté droit. Le 13, la face est rosée ; pouls à 100 ; la dyspnée est moins considérable. Purgation ; vin de Bordeaux, 125 grammes. Le 14, pouls à 90 ; la matité diminue ; de mieux en mieux. Sort guérie le 21.

En conscience, comment voulez-vous me faire accepter cette observation comme la *preuve* d'une fièvre puerpérale et d'une fièvre puerpérale à forme thoracique ? Est-ce que ce n'est pas tout simplement une pleurésie légère survenue chez une femme en couches, chez laquelle même s'est peu révélée l'influence de l'état dit puerpéral, car l'épanchement pleurétique dont elle a été atteinte ne s'est compliqué d'aucune autre affection parmi celles qu'on voit se développer à la suite des couches, et il n'a pas même offert les caractères et la gravité d'une pleurésie secondaire.

Le fait qui suit (page 95), intitulé : *Fièvre puerpérale, forme pectorale ; pleurésie double ; mort ;* est du même genre. Épanchement purulent à gauche, séro-purulent à droite, ecchymoses

sous la plèvre ; et on présente un tel fait comme un exemple de fièvre puerpérale ! Je ne puis pas l'acceper comme tel, je l'avoue, à moins de me courber à l'axiome Jacotot, *tout est dans tout*, axiome pour lequel je ne professe aucune vénération, et dont je ne saurais faire mon guide philosophique.

Ces observations sont cependant présentées maintenant pour avoir cours à titre de faits péremptoires et probants ; on les oppose tout net comme raisons démonstratives à qui discute les opinions de la Maternité ; nous les avons entendu citer à l'Académie comme des autorités, et l'une d'elles a même été présentée comme un exemple de fièvre puerpérale avant l'accouchement, c'est l'observation LI (page 95). Permettez-moi de la reproduire ici, pour vous mettre à même de bien voir les faits qu'on oppose à la doctrine que je soutiens.

Fièvre puerpérale avant l'accouchement ; accouchement ; pleurésie purulente ; thoracentèse. Mort.

Chevill..., primipare, 23 ans, domestique. Elle est depuis dix jours à l'infirmerie des femmes enceintes pour de la diarrhée. Le 10 octobre, la fièvre est intense ; dyspnée ; douleurs sous-sternales ; pouls à 140 ; la face est très colorée ; constipation ; matité à droite, égophonie ; on entend la respiration très obscurément, et encore au sommet. Vésic. purg. salin. Lim. 2 pots. — Le 11 octobre. Dyspnée; même fréquence du pouls ; plus de douleurs dans le ventre ; la face est pâle, les battements du cœur du fœtus ne sont pas modifiés. Huile de ricin. — Le 12 oct. Elle accouche naturellement, l'enfant est vivant ; le pouls est à 110 ; douleur sous-sternale ; plus de murmure vésiculaire à droite ; rien du côté du ventre ; la dyspnée est moins considérable. — Le 13, même état, langue blanche. — Le 14, fièvre de lait ; frisson ; enduit saburral. Ipéca stibié. *Ut suprà.* Soir, va un peu mieux ; le pouls est à 100, même épanchement. — Le 15, même état. Soir, frissons erratiques. — Le 16, on pratique la thoracentèse ; quelques gouttes de sérosité purulente visqueuse ; matité considérable. On agite le trocart, qui a été introduit entre le septième et le huitième espace intercostal. On pousse une injection très légère pour dégager la canule. Pas de liquide. — Le 17, les symptômes s'aggravent ; orthopnée. — Le 18, mort.

Autopsie : Rien dans les intestins; ecchymoses sous-pleurales ; cœur mou ; épanchement purulent très épais ; pseudo-membranes très épaisses; liquide d'une sérosité très considérable ; flocons fibrineux.

Voilà une observation à l'aide de laquelle on prétend avoir démontré l'existence d'un exemple *de fièvre puerpérale avant l'accouchement.* Je ne vois rien, je l'avoue, qui démontre cette antériorité dans le fait que je viens de transcrire. Est-ce la diarrhée que la malade avait et qui l'a fait placer à l'infirmerie ? On n'entend pas, je suppose, démontrer l'existence d'une fièvre puerpérale par ce seul symptôme. Il faut alors que ce soit l'ensemble d'accidents qui débute, le 10, par de la fièvre, de la dyspnée, des douleurs sous-sternales, etc., mais il y a aussi de la constipation, de la matité à droite, de l'égophonie du même côté. Je vois là tout simplement une pleurésie du côté droit chez une femme enceinte. J'ai beau faire, j'ai beau chercher, je ne vois rien qui établisse que cette pleurésie soit subordonnée à une tout autre affection qui serait, elle, la fièvre puerpérale, je ne vois rien, d'ailleurs, qui ait pu empêcher cette femme, parce qu'elle était enceinte, d'être frappée de pleurésie comme le commun des femmes et même des hommes; je cro s qu'en saine pathologie on doit plutôt voir dans l'état de grossesse qui déprime l'économie une prédisposition à subir les influences morbides. La femme accouche, les symptômes pleuraux persistent ; rien encore de puerpéral Sont-ce les frissons notés le 14, qui vont faire le caractère puerpéral de la maladie ? Mais ils accompagnent la fièvre de lait, l'observation nous le dit, malgré son laconisme ordinaire. Ils seraient, d'ailleurs, un phénomène survenu après l'accouchement et ne légitimeraient nullement le titre : « *Fièvre puerpérale avant l'accouchement.* » Sont-ce les frissons erratiques du 15 au soir ? Mais on sait qu'une pleurésie qui suppure détermine de tels frissons, et une pleurésie en suppuration le cinquième jour, n'est pas un fait des plus rares,

surtout quand elle est compliquée d'un incident tel qu'un accouchement.

Enfin, dans les lésions relevées à l'autopsie, je ne vois que le cœur mou qui n'appartienne pas à la pleurésie; mais permettez-moi de ne pas accepter ce détail anatomique comme caractéristique de la fièvre puerpérale et comme pouvant suffire à me démontrer l'existence de cette maladie.

J'ai insisté sur ces exemples et sur leur analyse, parce qu'ils montrent avec quelle facilité, dans l'école dont nous examinons ici les doctrines, on accepte sans discussion des faits qui, par leur étrangeté même, devraient appeler un sévère examen, une précision rigoureuse et des détails, je ne dirai pas méticuleux, mais au moins suffisants. Je pourrais multiplier les citations de ce genre empruntées à la même thèse; et notez bien que ces remarques ne s'appliquent pas à M. Charrier; ce n'est pas à lui qu'il faut demander compte d'une semblable interprétation, il a rapporté ce qu'on lui enseignait.

Ainsi, pour peu qu'on accueille ces faits sans contrôle, voilà la pleurésie qui, par cela seul qu'elle se développe chez une femme en couche ou même chez une femme qui va accoucher, deviendrait une forme de fièvre puerpérale. Non, je ne puis me décider à accepter ces faits avec la signification qu'on leur prête. Il y a là coïncidence d'une pleurésie avec l'accouchement; je ne puis rien voir autre chose, et je ne trouve, dans l'espèce, d'autre solidarité entre la maladie pleurale et la fonction utérine, qu'une coïncidence liée à ceci, que les pleurésies ont été fréquentes en octobre 1854. Mais voir dans la pleurésie la *lésion type,* comme le veut M. Charrier (page 15), de l'épidémie de fièvre puerpérale dont il s'est fait l'historien, je ne saurais courber mon esprit à cette interprétation, et je ne suis assurément pas seul de cet avis, M. Charrier insiste bien sur la nature purulente de l'épanchement pour y voir

un caractère d'essentialité. « Tout le monde sait, dit-il, combien la » fièvre purulente est rare. » Mais la pleurésie purulente n'est pas déjà si rare qu'il semble le dire, et ensuite il y a pleurésie et pleurésie, comme il y a...... et j'ai déjà fait remarquer plus haut le caractère secondaire que l'accouchement imprime aux phlegmasies qui peuvent alors survenir chez la femme.

Vous le voyez, cher maître, dès qu'on précise l'examen des faits englobés par l'école de la Maternité sous la désignation de *fièvre puerpérale,* on est obligé d'en faire sortir quelques-uns de ce cadre. Ce que je viens de faire pour la prétendue *forme pectorale,* voyons si on ne doit pas le faire aussi pour d'autres lésions dites également *caractéristiques.*

C'est ce que j'examinerai dans une lettre suivante.

Votre bien affectueusement dévoué,

BÉHIER.

Huitième Lettre.

Mon cher maître,

Si l'analyse critique à laquelle je me suis livré touchant la prétendue forme thoracique de la maladie dite *fièvre puerpérale* est rigoureuse et fondée, on ne saurait admettre une telle forme à titre de maladie particulière et isolée des autres groupes pathologiques. Il serait donc impossible d'y voir une preuve de l'existence de la fièvre puerpérale à titre de maladie délimitée.

Voyons la péritonite. J'ai déjà abordé ce sujet par un côté dans une des lettres que j'ai eu l'honneur de vous adresser. Permettez-moi de le compléter ici. C'est un des points les plus importants de la question qui nous occupe, à cause de la valeur considérable qu'on a attachée à cette affection, dont la présence a paru suffisante pour caractériser l'existence de la fièvre puerpérale, et aussi à cause de la confusion singulière que l'on a laissé subsister dans l'histoire de cette phlegmasie de la séreuse.

Dans la troisième de ces lettres, j'ai cherché à établir, les faits à la main, que la péritonite, même alors qu'elle devenait l'accident capital et tout à fait prépondérant chez la femme en couches, ne pouvait pas être considérée comme une phlegmasie primitive, qu'elle devait toujours être envisagée comme une affection secondaire et subordonnée aux lésions utérines. Cette interprétation des phénomènes péritonéaux me paraissait résulter, comme j'ai eu l'honneur de vous le dire, de cette remarque, à savoir, que les lésions

du péritoine sont très habituellement localisées au voisinage de l'appareil utérin, et j'ai cité le relevé des faits que j'ai observés. Je tiens cette interprétation pour rigoureuse, même en présence des observations dont elle a été l'objet de la part d'un de mes amis, M. le docteur Jacquemier (*Gazette hebdom.*, 1858, nº 17). J'attache trop de prix à l'opinion de cet excellent collègue pour ne pas vous demander la permission de lui répondre quelques mots. D'abord je lui affirmerai de nouveau, comme je l'ai déjà fait à mon ami M. Cazeaux, que je n'ai jamais pris des lymphatiques pour des veines pleines de pus, et que quand j'ai dit veines, c'est bien veines qu'il faut entendre, *sans erratum ;* que les veines désignées comme occupant les côtés de l'utérus étaient dans l'épaisseur du tissu de cet organe et non superficiellement placées. Aucune équivoque, je le répète, ne peut être élevée sur ce point. Et dans les ligaments larges ou dans le reste des annexes utérines, je n'ai pas pris moins de soins pour bien établir et bien constater le résultat de mes recherches.

« M. Béhier, dit M. Jacquemier, est-il bien autorisé, d'après » ses propres observations, à considérer d'une manière aussi » absolue la péritonite comme une phlegmasie purement secon- » daire? Nous ne le pensons pas, et il fournit lui-même un assez » bel exemple de péritonite générale sans lésion dans l'utérus, ou » dans ses annexes, ou ailleurs. De tels cas, pour n'être pas la loi » commune, n'en sont pas moins assez fréquents. Les cas obser- » vés également par M. Béhier de péritonite assez universelle- » ment intense et assez étendue, pour qu'on ne puisse se pronon- » cer sur le point d'origine, sont-ils bien compatibles avec une » négation aussi absolue de la péritonite primitive? Or, les faits » analogues dans le cours des épidémies sont très communs; et » à moins que M. Béhier ne veuille absolument tenir compte que » de ses propres observations, il sera forcé de le reconnaître.

L'objection qui se rapporte au fait de péritonite que j'ai eu l'honneur de vous indiquer dans ma première lettre, et dans lequel il n'existait aucune altération dans l'utérus, paraît, au premier abord, la plus triomphante. Mais cela ne m'embarrasse nullement. Est-ce que je n'ai pas indiqué que, même chez cette femme, j'avais rencontré peu après l'accouchement, et à titre de phénomène du début, ce gonflement douloureux des annexes qui constate bien nettement et sans ambages le point de départ utérin, puisqu'il est le premier accident relevé? De plus, n'ai-je pas dit que toute la surface péritonéale de l'utérus était tapissée de fausses-membranes répandues en flocons abondants et épais? Est-ce que ces deux remarques ne démontrent pas que, même dans ce cas en apparence défavorable à la théorie qu'on me reprochait et que je maintiens, il y avait un point de départ qui subordonnait la péritonite à l'utérus? Cette péritonite, en outre, a été fermement exprimée par des signes purement phlegmasiques, et il n'y a rien eu, dans ce cas, qui pût se rapporter au groupe de symptômes, qui seuls doivent représenter la fièvre puerpérale, si jamais on démontre clairement l'existence de cette maladie.

Dans cet exemple, il est tout simplement arrivé que l'inflammation péritonéale a été l'accident prédominant, et qu'elle a tué la malade pour son propre compte, si je puis m'exprimer ainsi. La plaie utérine a trouvé, dans cet exemple, une séreuse particulièrement apte à s'enflammer, et la péritonite s'est manifestée avec des caractères de généralisation et de vivacité tels, qu'elle a tout absorbé à son profit et est restée la seule expression anatomique. Mais le point de départ est mis en évidence par le signe local primitivement constaté.

Ce fait lui-même, et par l'ensemble de sa forme symptomatique et par les signes observés au début, est donc encore un fait de péritonite subordonnée à l'état de l'utérus, et l'objection ne

modifie en rien l'origine secondaire que j'ai attribuée à la phlegmasie du péritoine.

Les cas de péritonite assez universellement intense et assez étendue pour qu'on ne puisse se prononcer sont-ils moins compatibles, comme le dit M. Jacquemier, avec la négation de la forme primitive ? Loin d'infirmer cette opinion, je crois que ces faits, dont j'ai l'observation sous les yeux en ce moment, la confirment pleinement. Que mon ami M. Jacquemier veuille bien considérer d'abord que, dans la mention de ces faits, je n'ai pour ainsi dire présenté qu'un de leurs côtés. Je vous exposais, mon cher maître, les résultats anatomiques de mes recherches et, en vous indiquant la quantité relativement considérable de faits dans lesquels la simple inspection anatomique avait suffi pour établir le point de départ de la péritonite, je vous disais qu'elle avait été tout à fait limitée au voisinage de l'appareil utérin dans 28 observations sur 52, et que 16 fois elle avait été beaucoup plus intense vers les mêmes points, bien qu'elle se fût étendue au reste de l'abdomen. J'ajoutais que sur cinq femmes seulement, elle avait été assez généralisée, quant *à ses expressions anatomiques,* que leur intensité avait été assez égale dans toutes les régions abdominales, pour qu'il fût impossible d'affirmer, *par la seule inspection anatomique,* que la phlegmasie péritonéale avait eu tel ou tel point de départ. C'était, comme vous le voyez, au point de vue anatomique que je parlais, puisque j'étudiais seulement ce côté de la question. J'ai indiqué alors sincèrement ces cas comme ne pouvant compter à titre de preuves. Mais ce que ne disent pas les lésions, les symptômes l'établissent. Chez 4 de ces femmes, c'est au milieu d'accidents déjà évidents et même assez graves, que la péritonite a éclaté avec des symptômes caractéristiques.

Dans l'une de ces observations, la femme, atteinte, huit jours avant la couche, d'attaques d'éclampsie qui furent conjurées, fut accouchée avec le forceps, présenta une douleur avec gonflement

local qui augmenta graduellement pendant quatre jours; le quatrième éclatèrent les signes d'une péritonite intense, ballonnement considérable, vomissements incessants, douleur généralisée dans le ventre, de locale qu'elle était d'abord, ce que la pression permit de constater malgré l'obtusion de la sensibilité survenue au milieu de l'état adynamique que présentait la malade. La mort eut lieu le 6me jour après la couche. Outre la péritonite généralisée, existait une gangrène à forme traumatique, étendue à tout le col et à la partie supérieure du vagin, et du pus occupait les *veines* utérines.

Chez deux autres femmes, les signes locaux très notables et sérieux dans leur expression ont été constatés, et, après deux jours chez l'une, trois jours chez l'autre, les signes d'une péritonite intense se sont manifestés. La mort est survenue après deux jours chez la première, et après un jour chez l'autre. Toutes deux, outre leur péritonite généralisée, offraient un exemple de pourriture d'hôpital à la face interne de l'utérus. Les ovaires étaient volumineux, altérés, et on rencontra chez toutes deux du pus dans les veines du tissu utérin.

Des deux autres femmes, l'une prise de douleur locale et de gonflement des annexes le deuxième jour, présenta les signes d'une péritonite le cinquième jour, mais ne succomba que le dixième; une pneumonie développée le huitième jour fit taire une partie des signes de la phlegmasie péritonéale. Le lobe inférieur du poumon gauche était hépatisé au deuxième degré. Les ovaires étaient volumineux, et nous trouvâmes du pus crèmeux, louable, en quantité assez notable dans un des sinus transversaux de la face postérieure, par un coup de bistouri donné tout en finissant l'examen, et alors que nous allions partir, couvaincus que nous avions eu affaire à une observation dans laquelle manquait la phlébite.

Enfin, la cinquième femme, après une couche longue et une

délivrance terminée par l'introduction de la main, le 27 août 1857, à midi, fut prise le 28, à huit heures du matin, de tous les signes de la plus violente péritonite, et mourut le 28 au soir, vomissant jusqu'à la fin. Outre la péritonite considérable dans ce cas, nous trouvâmes les ovaires du volume d'un petit œuf, diffluents. Du pus était déjà formé dans le tissu cellulaire, autour du col, dont les veines contenaient du pus, surtout à droite, comme aussi les veines situées au niveau de l'insertion des annexes gauches et l'un des sinus transversaux antérieurs vers la moitié gauche de son parcours.

Dans ces cinq observations, comme vous le voyez, les symptômes établissent bien la subordination de la péritonite, et les lésions concomitantes ne sont guère de nature à ôter à cette affection le caractère secondaire que je lui attribue. Je n'ai nullement la prétention de ne tenir compte que de mes propres observations, mais je crois qu'il ne suffit pas de constater l'existence et la gravité de la péritonite, pour bien apprécier son rôle nosologique dans le cas particulier qui nous occupe, et je crois qu'on n'a pas assez recherché ce que pouvaient donner et l'étude attentive du siége qu'affectent les lésions et celle de la marche des symptômes. Quand je vois les lésions très souvent bornées au voisinage de l'utérus, ou offrant vers ce même point leur plus grande intensité, j'ai déjà grande tendance, je l'avoue, à penser que les faits ont suivi une même filiation dans les exemples beaucoup plus rares, relativement, où les lésions sont plus universellement répandues sur le péritoine. Puis-je rester dans le doute, quand les symptômes me montrent que des désordres locaux évidents précèdent les manifestations des signes de la péritonite ? Je ne crois pas que vous me le demandiez, et j'ai droit de penser que les faits analogues aux cinq observations que je viens de compléter (faits qui, pour le dire en passant, ne sont pas très communs dans les épidémies,

comme le dit M. Jacquemier), j'ai le droit de penser, dis-je, que ces faits prendraient une même signification s'ils étaient analysés avec soin dans toutes leurs parties, au lieu d'être envisagés en bloc, comme je le vois faire par les observateurs qui les rapportent à titre d'exemples de fièvre puerpérale, surtout quand je vois qu'il en est justement ainsi dans plusieurs de ceux que je puis examiner, comme je l'ai fait pour les exemples de MM. Depaul, Tarnier et Lorain.

M. Jacquemier ajoute : La péritonite, dans les conditions » ordinaires de la vie, est excessivement rare, j'en conviens; » mais aussi l'excessive susceptibilité du péritoine à se prendre » d'inflammation au contact des liquides les moins irritants, ne » porte-t-il pas à penser que, dans l'état puerpéral et sous l'in- » fluence de causes le plus souvent générales, la séreuse est aussi » disposée à s'enflammer primitivement que l'utérus et ses an- » nexes? »

Je ne sais pas d'abord quel rôle viennent jouer ici les liquides auxquels M. Jacquemier fait allusion. Aucun liquide, même peu irritant, n'est versé à la face interne du péritoine dans le cas qu'il veut nous faire accepter ; mais, en outre, comment la susceptibilité du péritoine à s'enflammer *consécutivement* au contact d'un liquide aide-t-elle à comprendre, et porte-t-elle à admettre que la séreuse soit disposée à s'enflammer *primitivement ?* Et aussi comment cette susceptibilité, en présence d'une cause locale comme le contact d'un liquide, peut-elle servir à établir l'action d'une cause générale? Je ne saisis ni la valeur de l'argument, ni le lien qui unit les diverses parties qui le composent.

« N'est-il pas plus rationnel, ajoute M. Jacquemier, d'attri- » buer aussi à une cause générale, dans les maisons d'accouche- » ment encombrées, la péritonite des nouveau-nés et l'inflamma- » tion de l'ombilic elle-même, que de faire dépendre exclusivement

» la péritonite de l'état de l'ombilic, comme le veut M. Béhier
» dans l'intérêt de la théorie de la péritonite secondaire ? N'y a-t-il
» pas, enfin, un peu de subtilité à considérer l'inflammation du
» péritoine développée sous l'influence des congestions men-
» struelles, comme une péritonite secondaire ! »

Mais c'est que je ne trouve pas du tout qu'il soit plus rationnel d'admettre pour le développement de la péritonite des nouveau-nés une cause générale, que de faire dépendre cette péritonite de l'état de l'ombilic. Mon motif est assez simple. Je vois ailleurs, dans d'autres circonstances, qui ne constituent pas des exemples d'épidémie, la péritonite sporadique naître consécutivement à l'état de l'ombilic. Je trouve très rationnel de conclure de ce fait isolé, non douteux, aux autres faits qui ne diffèrent du premier que par leur développement sur un plus grand nombre d'enfants à la fois. Cette généralisation de l'inflammation de l'ombilic, je n'ai aucune hésitation à l'attribuer à une cause générale dans les maisons d'accouchement encombrées, parce que des faits analogues se présentent à mon observation dans des salles de chirurgie, même en dehors de tout voisinage d'un service d'accouchement. Ce que je constate sur les plaies d'un grand nombre d'opérés à la fois, dans des conditions d'encombrement et sans que la question soit aussi complexe que pour l'état dit puerpéral, me sert à comprendre et à réduire à sa juste valeur ce que je rencontre dans un service d'accouchement. Les conditions, en réalité, sont les mêmes, puisque l'ombilic des enfants porte une plaie. Mais, pour la péritonite, je ne trouve plus, dans d'autres occasions, des faits semblables à ceux qu'on veut me faire admettre, et rien, en pathologie, ne me conduit à accepter la péritonite comme conséquence directe d'une cause générale agissant sur la séreuse sans intermédiaire; rien non plus ne me conduit à admettre que, dans l'espèce, cette phlegmasie soit fréquente sous la forme primitive, puisque ailleurs je la

rencontre si rarement avec cette forme, que bon nombre d'auteurs nient l'existence de cette variété primitive.

Les faits, au contraire, me montrent partout la péritonite comme secondaire aux maladies des organes que recouvre la séreuse, et, pour ne pas sortir de l'utérus, est-ce que je ne vois pas la phlegmasie péritonéale constituer une complication fréquente des opérations, même parfois peu sérieuses, que l'on pratique sur cet organe?

Il y a peu de jours encore, on me citait l'exemple d'une péritonite générale, devenue mortelle en quarante-huit heures, et qui s'était développée à propos de l'enlèvement par incision d'un très petit polype de la lèvre antérieure du museau de tanche. Est-ce que la péritonite est rare après diverses opérations sur le corps de l'utérus (extractions de polypes); après celles qu'on pratique sur le vagin? Il y a mieux, c'est que souvent, dans ces divers cas, on rencontre simultanément des phlébites des veines de l'utérus et de celles des ligaments larges.

Quand je vois de tels faits et que je considère la plaie ombilicale pour les nouveau-nés et la plaie utérine pour les nouvelles accouchées, je trouve très rationnel de me tenir pour plus éclairé sur le mécanisme des phénomènes, par ce que j'observe sans conteste ailleurs, que je ne le serais par les hypothèses des causes générales et autres, et je continue de subordonner ici la péritonite à des circonstances qui sont analogues de tous points à celles que je vois efficaces ailleurs, jusqu'à ce qu'on me démontre, autrement que par des affirmations plus ou moins problématiques, que je dois retourner la question. Ce n'est donc pas un pauvre intérêt de théorie qui me guide, c'est le besoin de procéder de ce qui est simple et incontestable à ce qui est plus complexe et plus sujet à faire naître l'hésitation.

Quant à considérer l'inflammation du péritoine. développée

sous l'influence des congestions menstruelles comme une péritonite secondaire, je ne vois là aucune subtilité. Les faits de ce genre ne sauraient être contestés. Est-ce que chez les femmes ainsi frappées de péritonites au moment des règles vous verriez naître la phlegmasie séreuse si vous supprimiez l'utérus et son influence? D'ailleurs, que se passe-t-il au moment de l'époque? « A la tur-
» gescence hyperémique de l'utérus pendant la menstruation,
» s'ajoute celle de l'ovaire en travail d'ovulation, travail qui prend
» quelquefois des proportions exagérées, et peut amener des épan-
» chements sanguins multiples dans l'ovaire et une légère hémor-
» rhagie dans le péritoine. »

Est-ce une subtilité de voir dans de telles modifications, dont la description est empruntée à M. Jacquemier lui-même (*Gazette hebdom.*, 26 mars 1858, p. 220, 2e colonne), des circonstances capables de servir de point de départ à la phlegmasie de la séreuse, quand on voit cette phlegmasie naître à propos de l'extraction d'un petit polype.

Si j'ai insisté sur les points qu'avait relevés M. Jacquemier, c'est que d'abord les objections émanées d'un homme comme lui sont de celles qu'on doit avoir à cœur de résoudre; sa valeur personnelle commande un tel soin. Ensuite, je crois que le rôle subordonné que j'assigne ici à la péritonite, en même temps qu'il est exact, est d'une grande valeur pour retirer à cette phlegmasie de la séreuse toute prétention pour représenter, en tant que lésion caractéristique, la maladie dite *fièvre puerpérale.*

La péritonite, en effet, n'est pas, dans les cas de ce genre, autre chose qu'une phlegmasie née sous l'influence des désordres utérins. Si, dans certains cas, elle existe sans autres lésions concomitantes, cela ne change rien à sa nature, au contraire. Cela veut dire seulement que l'influence utérine a trouvé le péritoine dans un état d'aptitude considérable. C'est un résultat de l'influence de l'indi-

vidu qui est frappé et non la conséquence de la nature de l'affection qui l'atteint. Les symptômes, par leur marche et leur apparence, confirment pleinement cette interprétation en restant ceux de la phlegmasie péritonéale et en n'offrant rien de l'état typhoïde observé dans d'autres circonstances, tant que les lésions sont bornées à la péritonite. Ces cas sont, relativement, rares, comme est rare aussi l'absence d'autres lésions concomitantes, parce qu'il faut une susceptibilité spéciale du péritoine pour qu'il s'enflamme à propos de la plaie utérine, sans autre intermédiaire pour ainsi dire et sans la présence des phlegmasies des veines ou de celles des annexes, ce dernier mécanisme étant de beaucoup le plus habituel. C'est, je ne cesserai de le répéter, pour n'avoir pas analysé et pesé avec assez de soin les symptômes et la valeur des lésions et pour n'avoir pas pris en considération assez sérieuse ce qui se passe ailleurs, qu'on a fait de la phlegmasie séreuse une lésion caractéristique de la prétendue *fièvre puerpérale.* Vous voyez qu'elle n'a pas et qu'elle ne peut avoir une telle valeur.

Ce sont cependant des cas de ce genre qui sont constamment présentés comme des exemples de fièvre puerpérale sans lésions utérines. Tels sont les faits de M. Tarnier qui, d'après ce que je viens de dire, n'a pas *démontré* l'existence de la fièvre puerpérale sans lésion, mais bien l'existence de la péritonite chez des femmes au moment de la menstruation, coïncidence déjà connue. Tel est le fait de M. Depaul, qui n'est autre qu'une péritonite, comme celle que j'observais, il y a peu de temps, chez une jeune fille vierge, et en dehors de l'état menstruel, et chez laquelle, cependant, il y avait eu un point de départ utérin, la trompe du côté gauche en portant la trace. Tels sont les faits beaucoup plus hypothétiques encore de mon ami M. Lorain. En était-il de même des faits de MM. Dubois et Danyau ? J'ai, pour m'éclairer à ce sujet, l'opinon de ces deux honorables confrères, qui affirment des faits de fièvre puerpérale sans

rien dire de la forme de ces faits. Selon M. Dubois (discours du 30 mars 1858, in *Gaz. hebdom.,* 2 avril, p. 238), ces faits sont rares, dans lesquels l'observation la plus scrupuleuse ne révèle aucune altération manifeste. S'agit-il ici de faits dans lesquels le péritoine même n'était pas atteint, et dans ce cas quels avaient été les symptômes? Ou s'agit-il seulement de faits comme ceux qu'indique plus bas M. le professeur Dubois. « Je ne crois pas à » l'infection purulente, parce que les suppurations étendues et » surtout disséminées me paraissent être déjà un effet et non point » une cause de l'altération du sang, et parce que les exemples de » fièvre puerpérale mortelle, sans aucune trace apparente de sup- » puration, sont assez nombreux aujourd'hui pour autoriser l'opi- » nion que je viens d'exprimer. »

Dans ces dernier exemples, comme dans les premiers, le vague le plus complet persiste. J'ai pleine confiance habituellement dans l'honorable doyen de notre Faculté, mais, sur ce terrain litigieux, je voudrais les faits détaillés pour pouvoir les discuter, comme je l'ai fait de ceux de MM. Depaul, Charrier, Lorrain et Tarnier. La question ne peut être élucidée qu'à ce prix; les affirmations, en semblable matière, ne sauraient avoir cours.

M. Danyau est-il plus précis, et pourrions-nous soumettre les faits sur lesquels il s'appuie à une analyse qui pourrait en établir la valeur? « Je renonce à déterminer, a-t-il dit à l'Académie, quelle » est la nature du principe délétère de l'agent toxique qui engendre » la fièvre puerpérale; mais, quel qu'il soit, il est désormais hors » de doute qu'il peut tuer avant d'avoir produit une localisation » inflammatoire. Si l'absence de lésions locales primitives range » de droit la fièvre puerpérale dans les pyrexies, la présence de » lésions locales secondaires ne peut lui ravir cette place et lui en » assigner une autre dans le cadre nosologique. »

Voilà tout : sur ces faits sans lésions qui sont le véritable nœud

de la question, pas de détails. Y avait-il péritonite? Heureusement, nous avons d'autres points de repère pour apprécier ces faits. M. Depaul, après avoir rapporté à titre d'exemple de fièvre puerpérale, l'observation que j'ai déjà examinée d'une jeune élève de la Maternité atteinte de péritonite, ainsi que le prouve l'analyse du fait, ajoute : « Je trouve dans l'ouvrage de M. Tarnier deux » observations semblables... Il y en a d'autres encore, MM. Moreau » et Danyau en ont observé. » M. Tarnier, de son côté, (p. 67 de sa thèse) après les observations de deux élèves de la Maternité atteintes de péritonite, qu'il donne comme des fièvres puerpérales, ajoute : MM. Dubois et Danyau ont observé des faits semblables. (Communication orale.) Ces cas de péritonites considérées comme des exemples de fièvre puerpérale, sont-ils les faits qui rangent *de droit,* comme dit M. Danyau, la maladie que nous examinons au rang des pyrexies? Il ne me semble guère. En dehors de ces exemples, je ne trouve que les trois faits cités par M. Tarnier (p. 41 et suiv. de sa thèse) et j'ai déjà montré *les lésions* qui font de ces trois cas, trois exemples de pourriture d'hôpital, en supposant même que l'examen cadavérique ait été rigoureux dans ces cas, et que d'autres lésions n'aient pas échappé.

Quant à « ces exemples de typhus puerpéraux épidémiques qui » foudroient les femmes en couche dans les hospices spéciaux, » sans aucune lésion appréciable ni dans l'utérus et ses veines, ni » dans le péritoine, ni ailleurs, ces faits qui, selon notre bon ami » M. Pidoux, portent le dernier coup aux localisateurs, » je ne les trouve nulle part. M. Pidoux les prend comme monnaie courante, comme chose parfaitement démontrée dans sa note, sur laquelle j'aurai peut-être occasion de revenir quand elle sera terminée. Je suis plus difficile, je voudrais voir ces faits pour les soumettre à une appréciation calme et non systématique. Le temps des affirmations est passé, et les démonstrations ne se font dans notre

science que par la discussion des faits; la discussion des opinions, si brillantes ou si obscures qu'elles soient, ne passe qu'après.

Voilà donc purement à quoi se réduit ce que je trouve sur les cas de fièvre puerpérale sans lésions. Ce sont des faits dans lesquels on ne retrouve pas d'altération des veines et des annexes, et dans lesquels les lésions du péritoine forment aux yeux de ceux qui les rapportent, des altérations caractéristiques, et dans lesquels les symptômes observés sont tout simplement ceux d'une péritonite. Ces malades sont mortes d'une pure phlegmasie de la séreuse. Elles n'appartiennent pas à la fièvre puerpérale; chez elle, la péritonite n'a rien présenté dans ses symptômes, dans ses lésions (dans les cas où elles restent bornées au péritoine), qui différât de la péritonite qui suit une opération sur l'utérus ou sur le vagin. C'est une maladie du premier groupe qu'a si justement et si habilement circonscrit M. Dubois pour l'isoler de l'autre, non pas, comme on le lui a reproché très bizarrement dans un journal médical, parce que le second résisterait à tous les moyens de traitement, tandis que le premier guérirait, mais parce que ce groupe de symptômes, auquel il réserve le nom de fièvre puerpérale, diffère de celui qu'il a circonscrit en premier. Ces deux groupes diffèrent autant l'un de l'autre que l'état inflammatoire diffère de l'état typhoïde, et non pas comme le choléra léger diffère du choléra grave. M. Dubois n'a jamais dit une chose analogue à cette objection, qui n'est guère autre chose qu'un château de cartes élevé à plaisir pour se donner la gloire de le renverser triomphalement. Ce n'est pas une question de degré ni de gravité plus ou moins grande qu'a posée M. Dubois en séparant ces groupes, mais c'est une différence complète de caractères qu'il a mise en relief, et cela à juste titre.

La péritonite n'est donc pas un signe de la maladie dite fièvre puerpérale. Si on la trouve souvent chez les individus qui offrent

les symptômes graves dont on a fait induement, selon moi, une maladie à part sous ce nom, c'est que la phlegmasie du péritoine se lie fréquemment aux altérations de l'utérus et de ses annexes, avec lesquels elle coexiste, mêlant, pour peu qu'elle soit étendue, ses symptômes propres à ceux de l'autre groupe. Dans les cas où elle existe seule à titre de lésion, cas qui représentent les observations citées comme des exemples de fièvre puerpérale sans altérations utérines, les symptômes observés ne sont nullement ceux de la prétendue fièvre puerpérale, mais purement et simplement ceux de la phlegmasie péritonéale qui tue alors en tant que phlegmasie.

Insisterai-je sur les altérations des annexes pour démontrer qu'on ne peut y voir des lésions caractéristiques de la fièvre puerpérale? Je ne crois pas que cela soit nécessaire; on a généralement peu discuté sur ce point. La péritonite a absorbé toute l'attention. On n'a pas même, selon moi, fait la part assez large aux altérations des ovaires et des trompes. D'une part, est-ce peu de chose que l'inflammation, la suppuration, le ramollissement diffluent de l'ovaire, tels que je les ai exposés dans une lettre précédente, et, d'autre part, a-t-on assez insisté sur la valeur de semblables altérations dans la production de la péritonite. Quoiqu'il en soit, ces diverses lésions sont en rapport direct d'origine avec la plaie utérine sans qu'il y ait besoin d'admettre une cause générale dont l'altération ovarique serait l'effet. D'autant plus que l'ovaire n'est pas un de ces organes qui soit facilement en connivence sympathique avec le reste de l'économie et sur lequel retentissent, comme sur le poumon et sur le foie, les états morbides généralisés. Les rapports sympathiques qu'on peut reconnaître à l'ovaire sont beaucoup plus limités, et, en général, ils procèdent de l'utérus et s'étendent à la séreuse abdominale.

Pas plus que la pleurésie, pas plus que la péritonite, les altéra-

tions des annexes ne sont donc caractéristiques de l'affection dite *fièvre puerpérale*. Ce n'est pas par elles que peut naître l'état qui représente ce qu'on a désigné sous ce nom : elles n'en font pas partie nécessaire.

Mais est-ce à dire pour cela que cette variabilité des lésions démontre qu'elles n'ont aucune valeur dans l'ensemble de phénomènes produits, et qu'il faille recourir à un agent particulier pour créer une maladie essentielle ? Je ne le crois pas. Ces altérations ne sont qu'une partie de celles qu'on peut rencontrer chez les femmes en couches, et elles constituent un groupe duquel ne peut pas procéder l'ensemble de symptômes graves qui constituent ce dont on a fait la fièvre puerpérale. Elles ne sont que des épiphénomènes, que des complications fréquentes, dont certaines sont même presque habituelles, à cause des liens qui unissent l'utérus à ces divers organes, complications qui même peuvent tuer à elles seules, comme la péritonite. Mais, quelles que soient leur fréquence et leur gravité, cela ne change en rien leur rôle nosologique dans la question ; c'est mal interpréter les faits que de leur chercher une autre valeur dans l'étude de la maladie qu'il s'agit d'élucider, et de les considérer comme caractéristiques.

A mesure donc qu'on prend corps à corps les divers éléments réunis et amalgamés dans une même dénomination par l'école de la Maternité, la confusion cesse, le terrain se déblaye, le rôle de chacun d'eux se dessine, et la question devient plus lucide. Restent encore à examiner les lésions des lymphatiques, celles des veines, et ce qui a été dit des altérations du sang chez les femmes en couches. De cette étude rigoureuse doit ressortir plus de clarté encore.

Nous trouverons, chemin faisant, des assertions dénuées de preuves, des idées de pathologie générale assez chancelantes et des interprétations un peu arbitraires de faits vrais et rigoureux.

Je m'efforcerai de tout examiner et de tout replacer à son rang, non pas dans un intérêt de théorie, comme le dit mon ami Jacquemier, mais dans le pur intérêt de la vérité, convaincu que je suis qu'il n'a manqué à cette question, pour être aussi claire que beaucoup d'autres, qu'une analyse exacte et patiente, faite en dehors de toute conception première et de tout système exclusif.

Croyez, mon cher maître, à toute l'affection sincère de

Votre bien dévoué de cœur,

BÉHIER.

Neuvième Lettre.

Mon cher maître,

J'insistais encore l'autre jour auprès de vous, et cela pour la seconde fois, sur la différence qui existait entre les observations que j'ai recueillies et celles de M. le professeur Cruveilhier et de M. Cazeaux à propos de la lymphangite, habituelle selon ces deux auteurs, et plus rare d'après les faits que j'ai pu observer, puisque je n'ai constaté cette lésion que 7 fois d'une façon bien nette sur 85 autopsies. Vous savez aussi maintenant que je n'ai pas commis, sur le siége réel de la suppuration, l'erreur qui avait pu être soupçonnée.

A cette différence dans les faits, vous disais-je, je ne puis que faire. Cependant, une dissidence de ce genre avec des gens que je vénère et que j'aime, n'a pas laissé, à la longue, que de me préoccuper un peu. Comme j'ai eu l'honneur de vous le dire, dans les recherches auxquelles je me suis livré, je n'ai voulu m'adresser qu'aux faits sans lire ou sans consulter aucun auteur, de peur d'être entraîné par telle ou telle influence vers une opinion préconçue. Mais maintenant que la manière dont j'envisage la question est bien assise dans mon esprit, j'ai voulu voir, en présence d'une dissidence que je regrettais sans pouvoir la faire cesser, si j'étais seul dans l'opinion que je soutenais sur la rareté relative de la lymphangite. J'ai cherché des alliés, voire même des contradicteurs, et tout naturellement en cherchant je me suis d'abord

adressé au mémoire de Tonnellé, qui semblait être au nombre de mes adversaires, et qui a toujours été présenté comme ayant surtout insisté sur les lésions des lymphatiques, peu ou point signalées avant lui. Ce mémoire *(Arch. gen. de méd.*, t. XXII et XXIII), que j'avais lu il y a déjà longues années, je l'ai relu avec grand plaisir. Il est des plus remarquables ; il porte, pour qui a étudié les faits de cet ordre, un cachet de bonne et saine observation qui est des plus frappants. Il me semblait relire mes propres travaux ; et, chose singulière, j'y ai retrouvé une tendance marquée à la majeure partie des idées que je soutiens devant vous, tant la vérité est une et toujours identique à soi-même, sans acception de temps ni de personne. Or, qu'est-ce que j'ai lu dans cet excellent mémoire à propos de la fréquence relative de l'inflammation des lymphatiqnes et de celle des veines ? Que, dans les faits rapportés par Tonnellé, les veines ont présenté de la suppuration 90 fois, dont 8 fois isolément de toute autre lésion, et que les lymphatiques ont contenu du pus 44 fois, dont 20 fois concurremment avec les veines, et 2 fois seulement en dehors de toute autre lésion. Tonnellé était donc comme moi convaincu que la suppuration des veines est plus fréquente que celle des lymphatiques, lui qui avait fixé son attention sur cette dernière d'une façon tout à fait spéciale. Il lui arrive même (tome XXII, p. 45) de formuler, à titre de résumé, la phrase suivante : « Il faut donc » au moins admettre que, dans plus de la moitié des cas, le pus » s'est primitivement formé dans la cavité des veines, et douter » pour le reste. »

Vous voyez que là où je devais craindre de trouver un adversaire redoutable, j'ai rencontré un allié, et que déjà je ne suis plus seul touchant les faits que j'ai rapportés. Et remarquez-bien que Tonnellé, pas plus que moi, ne parle selon ses souvenirs. Il a comme moi, les faits à la main, quand il formule ses résultats. Eh

bien, cependant, malgré ces résultats nettement présentés, Tonnellé est considéré d'ordinaire comme ayant soutenu la prédominance des lésions des lypmhatiques ! Quelqu'un ayant autorité l'aura dit un beau jour, et la foule aura continué sa route en répétant : « Tonnellé a prouvé la prédominance des lésions des vais- » seaux lymphatiques dans la fièvre puerpérale. »

C'est ainsi que se font bien des opinions couramment admises ; c'est ainsi, par exemple, qu'il s'est rencontré un bien médiocre auteur du commencement de ce siècle, qui a dit : « Stoll voyait tout en jaune, » et alors les badauds de présenter Stoll comme un auteur qui n'a jamais vu que des affections bilieuses et qui n'a jamais employé que les vomitifs, tandis que la saignée a été le moyen le plus habituel de sa thérapeutique. Mais quelqu'un avait formulé l'opinion avec une excentricité de mauvais goût, et l'histoire de la pleurésie bilieuse est au commencement de son ouvrage, on s'y est arrêté généralement et cela a suffi.

M. Tarnier, du reste, qui a observé à la Maternité, établit aussi très nettement (p. 38) que la lymphangite a été rarement trouvée dans les autopsies qu'il a faites, et qu'elle est beaucoup plus rare que la phlébite. Il a seulement le tort de dire que M. Tonnellé a consacré un mémoire à l'étude de l'angioleucite ; je vous rappelais tout à l'heure ce qui en était.

Je ne suis pas, comme vous voyez, aussi isolé dans cette opinion que je le paraissais d'abord, et je trouve appui même parmi les adeptes de la Maternité. Je pourrais ajouter au besoin, ici, le résultat de faits observés pendant l'année dernière dans un autre hôpital que l'hôpital Beaujon, et dans lesquels la phlébite a été toujours rencontrée, alors que la lymphangite était rare et jamais isolée de la phlébite.

Je ne dirai pas : j'ai peine à croire que les auteurs qui ont trouvé la lymphangite suppurée incomparablement plus fréquente que la phlébite, n'ont pas pris des veines pleines de pus pour des lym-

phatiques. Je ne procède pas à la discussion avec de semblables formules. Je dis seulement que j'ai trouvé le pus *incomparablement* plus fréquent dans les veines que dans les lymphatiques; que M. Tonnelé et M. Tarnier ont fait la même remarque.

Quel rôle joue ou peut jouer cette suppuration des vaisseaux lymphatiques, quand elle existe, pour la production du groupe de symptômes graves qui représentent la prétendue fièvre puerpérale?

Nous devons tout d'abord écarter l'opinion qui voudrait voir dans le pus que contiennent les lymphatiques un résultat de la résorption opérée par ces vaisseaux sur des surfaces en suppuration. M. le professeur Bérard (article cité, p. 480) a parfaitement réfuté cette doctrine et a fait remarquer que les lymphatiques des parties en suppuration, comme la jambe, la cuisse, affectées de plaies, ne contenaient presque jamais de pus. Ces remarques faites dans les cas chirurgicaux prêtent encore ici un appui solide à l'étude des accidents observés dans les suites de couches.

C'est seulement à l'inflammation des lymphatiques eux-mêmes que peut être attribuée leur suppuration. Et j'ai eu l'honneur de vous signaler une circonstance anatomique dont la coïncidence m'a frappé, c'est la suppuration du tissu cellulaire dans lequel passent les lymphatiques altérés. Ils partageraient donc la phlegmasie de ce tissu. J'ai retrouvé cette coïncidence dans les autopsies des observations 2, 3, 4 de Tonnellé, qui n'a rien dit, du reste, sur ce rapport des deux lésions.

Quoi qu'il en puisse être de cette coïncidence, il demeure bien établi que le pus contenu dans les lymphatiques est le produit de l'inflammation de ces vaisseaux.

Pour les maîtres et pour les élèves de la Maternité, la suppuration des lymphatiques, comme toutes les autres lésions, est l'effet et non la cause de la maladie. Ellé n'a alors aucun rôle particulier.

Pour M. le professeur Cruveilhier et, paraît-il, pour M. Cazeaux,

elle a une autre valeur, et il est infiniment probable qu'elle est une des causes de l'intoxication du sang, dans ce qu'ils appellent le typhus puerpéral ; mais cette intoxication ne se manifesterait pas ordinairement par des abcès viscéraux. Cette intoxication, vous le voyez, ne saurait être autre chose que l'infection purulente, car des vaisseaux lymphatiques, charriant du pus, ne peuvent altérer le sang autrement que par le mélange du pus avec ce liquide.

Et cependant la proposition nº 6, qui, dans le discours de M. Cruveilhier suit immédiatement ce qu'il a dit sur l'intoxication infiniment probable du sang par l'inflammation purulente des lymphatiques, est ainsi conçue : « La possibilité de l'infec- » tion purulente du sang par la lymphangite n'est pas décidée » d'une manière positive. »

Mais alors est-ce que l'intoxication produite par les lymphatiques pleins de pus serait autre que l'infection purulente ? Pour l'admettre, il faudrait, dans ce cas, attribuer au pus des lymphatiques, une propriété spécifique ; seulement, il faudrait alors montrer aussi que les caractères de cette intoxication sont tout à fait particuliers et qu'ils diffèrent de ceux que présente l'infection purulente, ce qui n'a pas encore été fait.

M. Cruveilhier détruit donc, par sa proposition 6, la valeur de sa proposition 5. C'est probablement parce que mon illustre maître est dominé par cette appellation de *typhus puerpéral* qu'il a donnée à la maladie.

Comme beaucoup d'autres, en effet, comme M. Beau, comme M. Cazeaux, après avoir étudié les lésions locales et leur importance, il retombe dans le vague et admet une pyrexie bâtarde sans caractères franchement dessinés et qu'il est impossible de délimiter.

Quand on y regarde de près, et qu'on étudie avec soin les discours des orateurs qui soutiennent cette doctrine irrésolue et

mitigée, on voit qu'ils ont été amenés par deux voies principales à accepter cette désignation de pyro-phlegmasie, désignation dont les deux termes doivent, à coup sûr, être accolés dos à dos, car ils ne sauraient se regarder en face. A moins cependant qu'on ne veuille désigner sous le nom de fièvre toute affection qui s'accompagne de mouvement fébrile. Ce serait là, convenez-en, une affaire de goût, une fantaisie, mais une fantaisie avec laquelle la pathologie gagnerait médiocrement en clarté. J'aime mieux, quant à moi, ne pas renier l'héritage des auteurs qui se sont succédé depuis Morgagni; et jusqu'à démonstration contraire, je tiens pour un progrès la distinction qui a été établie en nosologie entre ces deux expressions *fièvre* et *mouvement fébrile*, si facilement et si habituellement confondues, bien à tort, dans le langage usuel.

La première idée qui paraît avoir dominé les auteurs dont j'examine ici l'opinion est l'encombrement.

On a généralement attribué une grande valeur à cette influence étiologique, et, dans bon nombre de cas, elle paraît avoir droit à la part qui lui a été faite. Mais, dans l'espèce, ce n'est pas un motif pour admettre si facilement son action comme une cause principale, comme une cause nécessaire. D'abord il n'est pas bien établi, si j'en juge par les faits que j'ai pu observer, que la maladie se manifeste toutes les fois qu'apparaissent des conditions d'encombrement, et qu'elle ne se présente pas sans la présence de cette particularité étiologique. Ainsi, par exemple, si je résume les faits observés pendant les trois années 1855, 1856 et 1857 dans mon service des femmes en couches, je trouve que, sur 340 admissions en 1855, il y a eu 22 décès à la suite des couches, dont 3 de maladies ordinaires, que, sur 338 admissions en 1856, le nombre des décès a été de 10, dont 1 d'une affection étrangère aux suites de couches, et, en 1857, sur 300 femmes admises, 41 ont succombé, dont 2 seulement à des maladies sur lesquelles l'accou-

chement n'avait pas d'influence directe. C'est donc l'année la moins chargée, quant aux chiffres des admissions, qui a présenté le chiffre des décès le plus élevé et élevé au double de l'un et au quadruple de l'autre des autres chiffres des années précédentes. Vient-on à décomposer les chiffres de chaque année et à les comparer mois par mois, on trouve encore, dans leur examen, relativement à la valeur de l'encombrement, des renseignements qui me semblent tout à fait négatifs. En voici le tableau :

	1855		1856		1857	
Janvier..	35 admis.	1 décès. (de mal. étrang. aux couches.)	24 admis.	1 décès. de mal. étrang.	29 admis.	5 décès.
Février..	26	3	22	1	29	0
Mars....	34	1	22	1	36	2
Avril....	36	4	23	1	33	6 dont 1 mal. ét.
Mai.....	21	2	44	2	25	8
Juin....	23	2	32	2	22	6
Juillet...	23	2 dont 1 mal. étrangère.	27	0	24	3
Août....	18	0	24	0	19	4 dont 1 mal. ét.
Septemb.	39	1 de mal. ét.	26	1	24	2
Octobre..	25	0	34	0	15	3
Novemb..	31	6	28	0	20	1
Décemb..	29	3	32	1	24	1
	340	25 dont 3 ét.	338	10 d. 1 ét.	300	41 dont 2 étran.

Vous voyez que, dans cette année 1857, si meurtrière, le chiffre mensuel de décès le plus chargé, celui du mois de mai (8 décès) correspond à 25 admissions, tandis que le mois de mai 1856, sur 44 admissions, ne comporte que 2 décès, en juin 1857, 22 admissions et 6 décès, tandis qu'en juin 1856, sur 32 admissions, on ne compte que 2 décès, et en juin 1855, 2 décès également sur 23 admissions. De même le mois de novembre, en 1855, a pour chiffre 6 décès sur 31 admissions, tandis que le même mois, en 1856, sur 28 admissions, ne compte pas un seul décès. Il y a peu de temps encore, je faisais remarquer à ceux qui m'en-

tourent à l'hôpital Beaujon, que la salle des femmes en couches était comble et que, cependant, nous ne trouvions aucun accident, même léger, tandis que nous les voyons surgir souvent quand quatre ou cinq lits, sur dix-huit, sont vacants, ce qui paraîtrait créer des conditions plus favorables. Enfin, que devient l'encombrement pour la production des exemples sporadiques, faits qu'on oublie beaucoup trop dans toute la discussion de cette question, et sur lesquels je ne cesserai d'appeler l'attention? Il n'y avait aucune condition d'encombrement autour d'une jeune femme que j'ai vue mourir il y a peu de temps, alors que, pour je dire en passant, je n'avais aucune femme malade à l'hôpital! Est-ce que ces cas sporadiques ont des caractères différents en tant qu'espèces nosologiques des autres exemples? Non, assurément. Car soutenir que les cas non sporadiques diffèrent de ces derniers par le fait même de l'épidémie, c'est répondre à la question par cela même qui fait la question, ou, pour parler clairement, c'est ne pas répondre du tout. Comment alors pouvez-vous aller vous en prendre à l'encombrement pour la création d'une espèce qui existe et se développe tout à fait en dehors de cette circonstance? Le rapport entre ces deux faits n'est pas assez constamment démontré pour que je puisse l'établir si résolument que j'en j'en fasse la raison d'une espèce nosologique particulière.

Il y a souvent, à titre d'influence étiologique, comme le prouvent les faits, autre chose que l'encombrement, autre chose que je ne sais pas, mais que vous ne savez pas non plus. Disons-le franchement, là, comme bien ailleurs, la cause qui multiplie les accidents nous échappe souvent tout à fait, et nous ne pouvons pas plus démontrer que l'encombrement cause toujours la maladie, que nous ne pouvons démontrer que ce soit cette même circonstance qui fasse que, dans un même moment, les femmes sont frappées en grand nombre, et à la Maternité, et à l'Hôtel-

Dieu, et à Cochin, et à Lariboisière, et à Beaujon. Or, cette coïncidence est assez fréquente, et elle permet, ainsi que cela m'est arrivé plusieurs fois, comme à tous ceux qui ont un service d'accouchement, de prévoir ce qui se passe dans les autres établissements par ce qu'on observe dans celui où l'on est placé. On n'a donc pas le moins du monde le droit de faire de l'affection que nous étudions ici un typhus, par cela que la maladie serait le résultat de l'encombrement, puisque la validité de cette cause à titre d'influence *capitale*, n'est nullement démontrée, la maladie se produisant avec la forme épidémique en dehors de cette particularité.

Outre cette préoccupation exagérée de l'encombrement, ce qui a encore conduit à faire de l'affection que nous étudions un typhus, c'est la confusion qui existe dans certains esprits entre l'état typhoïde et le typhus ou la fièvre typhoïde. C'est là une confusion qu'on voit faire tous les jours, et qui est très nuisible à la saine interprétation des faits qui nous occupent. L'état typhoïde se rencontre dans bien d'autres cas que dans le typhus et que dans la fièvre typhoïde, et dans des cas qui n'appartiennent par aucun côté à l'une ou à l'autre de ces deux affections. C'est un état général de l'économie qui est tout à fait analogue non pas pour les symptômes, mais pour la valeur nosologique, à l'état adynamique et à l'état ataxique. On le retrouve dans certaines affections de la vessie, dans certaines pneumonies, surtout dans celles qui sont parvenues au troisième degré; enfin, il présente sa plus haute expression dans l'infection purulente chirurgicale. Cet état typhoïde existe aussi à un haut degré dans la maladie qui nous occupe. C'est son adjonction aux autres symptômes qui constitue le groupe que M. le professeur Dubois a délimité, et dont j'admets pleinement l'existence en lui assignant, comme vous le savez, une autre interprétation.

Mais de ce que l'état typhoïde vient se mêler à un moment donné et plus ou moins rapidement, selon les circonstances, aux symptômes des diverses lésions qui existent chez la femme en couches, ce n'est pas à dire pour cela qu'on doive voir dans la maladie un typhus véritable, surtout si on trouve dans les lésions habituelles une raison suffisante au développement de cet état et si on constate des circonstances qui, ailleurs, coïncident d'une manière éclatante avec son apparition.

L'apparence que le sang présente chez les femmes qui meurent à la suite de leurs couches, après avoir offert cet état typhoïde, a aussi été invoquée pour faire de cette maladie un typhus. Ceci m'amène tout naturellement à examiner ce qui a été dit sur l'altération du sang.

Selon l'école de la Maternité, dont l'homogénéité doctrinale, loin d'être compacte et de se raffermir, semble diminuer depuis peu, le sang serait altéré dans cette maladie. Voyons comment, selon les divers auteurs.

M. le professeur P. Dubois après avoir dit : « Je ne crois pas à » l'infection purulente, parce que les suppurations étendues et sur- » tout disséminées me paraissent être déjà un effet et non pas » une cause de l'altération du sang, et parce que les exemples de » fièvre puerpérale mortelle sans aucune trace apparente de sup- » puration sont assez nombreux aujourd'hui pour autoriser l'opi- » nion que je viens d'exprimer. »

Après avoir dit qu'il croit encore moins à l'infection putride, il ajoute :

« En cet état de la science, j'admets l'altération primitive du » sang par une cause encore inconnue, parce que cette hypothèse » me paraît très admissible, et parce qu'après la ruine des autres, » elle est la seule à laquelle je puisse me rattacher. »

Il n'y a là, comme on le voit, aucune preuve, aucune démons-

tration, aucun énoncé de caractères saisissables; les lésions *paraissent un effet* de l'altération du sang. C'est là une opinion et non une preuve. M. Dubois, du reste, n'a, si l'on s'en tient à son discours, aucune prétention démonstrative, car il ajoute que cette altération primitive du sang est une pure hypothèse. Seulement, *la ruine des autres* n'est peut-être pas aussi complète qu'il l'a avancé, et, en tout cas, il n'a pas grand'chose à se reprocher à ce sujet, car il n'a fourni contre ces hypothèses, qu'il croit ruinées, qu'une affirmation, « je ne crois pas..... ; cela me paraît..... » et vous avez vu, par l'analyse et l'étude à laquelle je me suis livré dans une lettre précédente, ce qu'on doit penser de ces cas de fièvre mortelle sans suppuration.

Dans son second discours, le même orateur a bien dit : « Dans » un grand service hospitalier, et même dans une pratique privée » un peu étendue, il est impossible de ne pas rencontrer quelque- » fois des preuves évidentes.... de ce fait que les conditions pro- » pres au développement de la fièvre puerpérale sont préexistantes » à l'accouchement.... Il n'y a pas d'épidémie qui n'amène à la » Clinique d'accouchements et à la Maternité des femmes enceintes » ou en travail, et qui éprouvent déjà les symptômes les plus carac- » téristiques et ordinairement les plus graves de la fièvre puerpé- » rale. » Si ces faits sont si fréquents qu'il n'y ait pas d'épidémie qui n'en présente, comment donc se fait-il que M. Charrier, qui a observé à la Maternité, n'ait eu à produire, comme exemple de fièvre puerpérale préexistant à l'accouchement, qu'un fait qui se rapporte, comme vous l'avez vu, à une pleurésie développée avant la couche et sans le moindre lien avec elle ? Comment M. Tarnier n'a-t-il pas trouvé un seul fait de ce genre et a-t-il été obligé d'emprunter à deux de ses collègues les faits plus que contestables que je vous ai rappelés.

Des exemples aussi importants pour la doctrine de l'essentialité

n'ont pu passer inaperçus sous les yeux de ces deux observateurs, dont l'intelligence m'est bien connue, et comment n'en ont-ils pas trouvé à nous rapporter, s'il n'y a pas d'épidémie qui n'en présente.

Pourrons-nous accepter comme des exemples bien convaincants ce que nous trouvons dans le discours de l'orateur quelques lignes plus bas. « A cette même époque (fin de 1855), je fis une courte
» visite à la salle d'accouchements de la Maternité : deux femmes
» en travail y étaient admises, elles venaient de la ville. Leur
» apparence me frappa : leur figure était profondement altérée,
» leur peau chaude et le pouls très fréquent ; je les jugeai atteintes
» l'une et l'autre de la fièvre puerpérale..... Ma prévision n'était
» que trop fondée, ces pauvres femmes étaient, en effet, atteintes
» par l'épidémie. Je ne sais si elles y succombèrent. »

Il paraît difficile de reconnaître, dans ces deux faits, des malades présentant le groupe de symptômes graves qui, selon M. Dubois (premier discours), constituent la fièvre puerpérale. Le nombre des femmes qui, pendant le travail, ont la face très altérée, la peau chaude, le pouls fréquent, m'a paru considérable, et je n'oserais pas, quant à moi, diagnostiquer sur ces seuls signes l'existence (notez bien, l'existence) de la maladie dite *fièvre puerpérale.*

J'ai constaté chez des femmes, pendant l'accouchement, le gonflement local et douloureux des annexes ; cela est vrai : mais ce gonflement local et douloureux n'est pas encore, même à mes yeux, un signe de l'état grave qu'il s'agit d'interpréter, état qui ne se développera que plus tard, s'il se développe. Ensuite ces femmes étaient en travail, mais depuis quand ? Quels obstacles en retardaient la fin ? Cela est nécessaire à savoir, car, dans les faits que j'ai recueillis, figurent, comme je vous l'ai dit, des cas de gangrène véritable liés à un travail difficile et long dans lesquels la mort a suivi de très près l'accouchement, et dans lesquels les

symptômes adynamiques propres aux gangrènes se sont manifestés dès avant la fin de la couche. Enfin, que sont devenues les femmes dont parle l'orateur. Il ne le sait pas. Autre sujet de doute bien légitime sur la valeur du diagnostic, car nous savons, d'après M. Dubois lui-même, « que de même qu'il y a un groupe » de symptômes qui mérite et un autre qui ne mérite pas le nom » de fièvre puerpérale, il y a un groupe de symptômes patholo- » giques auquel on peut opposer un traitement efficace, et un » autre contre lequel la médecine est presque toujours impuis- » sante. » Il eût donc été bien important de savoir si ces femmes ont succombé ; en l'absence de renseignements suffisants, cela eût peut-être ajouté un peu de lumière au diagnostic, dont la clarté doit être évidente quand il s'agit d'établir des faits de cette importance, lesquels, on peut le dire sans porter « un jugement inexact, » constitueraient, même s'ils étaient réellement établis, « une rare exception. »

Je ne pense pas que vous trouviez dans ce qui précède rien qui puisse faire penser que M. le professeur Dubois a démontré l'existence d'une lésion primitive du sang dans la maladie dite *fièvre puerpérale.*

Pour M. Danyau, « la fièvre puerpérale est une maladie d'ori- » gine miasmatique, dont le miasme générateur pénètre dans le » sang, l'empoisonne, et le rend apte à la production le plus sou- » vent très rapide, de localisations inflammatoires très variées, » surtout dans les organes dont la vitalité a été exaltée par la gros- » sesse et l'accouchement. »

Il « renonce à déterminer quelle est la nature du principe délé- » tère de l'agent toxique qui engendre la fièvre puerpérale..... » C'est comme vous le voyez, mon cher maître, la même opinion ; seulement, au lieu d'une hypothèse exprimée en termes généraux et discrets, il y a quelques détails de plus, au moins quant à la

formule, puisque le miasme générateur nous est montré pénétrant dans le sang et l'empoisonnant. Malheureusement, l'orateur a renoncé à déterminer la nature de cet agent toxique, qu'il affirme cependant être d'origine miasmatique. Tout cela est bel et bon, mais la preuve? Est-ce parce que, selon M. Danyau, cet agent tue avant toute localisation inflammatoire. Eh mon Dieu! que ne nous donne-t-il un ou deux de ces faits sans localisation, avec de beaux et bons détails qui permettent qu'on puisse les analyser; il ferait ainsi beaucoup plus pour son opinion. Mais, en vérité, on ne peut pas prétendre avoir démontré quoi que ce puisse être par l'énoncé de l'hypothèse que je rapporte textuellement plus haut avec ses détails.

M. Danyau énumère encore, à titre d'arguments, un certain nombre de faits qui suivent. Mais l'envahissement de l'Europe et du monde entier par la maladie, son extension aux femelles des animaux, ne prouvent absolument rien en faveur de la théorie miasmatique primitive; non plus que les maladies puerpérales des nouveau-nés, l'invasion soudaine de la maladie, l'immunité de certaines femmes, la présence de l'encombrement et les qualités contagieuses de la maladie, même en les supposant démontrées.

C'est, vous le voyez, la même opinion que celle de M. Dubois, moins sobre de détails dans l'énoncé des hypothèses.

Mon honorable ami M. Depaul s'est donné plus de peine pour préciser l'altération du sang dans la maladie dite fièvre puerpérale.

« Les altérations du sang existent-elles et peut-on les démon-
» trer? Je crois que cela est incontestable..... Le sang n'est point
» coagulé, il reste fluide et à peine coagulable. La fluidité est
» même remarquable; il avait une couleur particulière violacée,
» comparée par tous les observateurs à de la gelée de groseille
» mal cuite. Enfin, j'ajouterai que je l'ai très souvent trouvé

» comme huileux..... Les recherches microscopiques n'ont pas » fait avancer la question à cet égard..... L'acide lactique, selon » Vogel, le carbonate et l'hyposulfate d'ammoniaque existent » dans le sang, dont les globules auraient perdu, selon lui, la » faculté de rougir au contact de l'air. Enfin les globules sont, » en outre, en partie décomposés ; ils sont dissous dans le sérum, » auquel ils communiquent une teinte rougeâtre. Toutes ces re- » cherches sont insuffisantes, ajoute M. Depaul, et méritent d'être » continuées ; cependant elles en disent assez sur l'existence » d'une fièvre puerpérale. » Pour le dire en passant, c'est montrer une grande facilité de conviction de trouver que des recherches notoirement insuffisantes en disent assez sur l'existence d'une maladie, mais cela n'est pas une preuve. Qu'on soit « d'une nature » calme, sans parti pris..., disposé même à se contenter d'une » partie de vérité, ou qu'on soit d'une « nature dite fébrile et im- » patiente, » parce qu'elle veut les conséquences logiques d'une » opinion contestée » on ne pourra jamais accepter pour une démonstration des recherches notoirement insuffisantes.

Mais, du reste, cette altération du sang, je l'admets volontiers ; c'est un fait positif, tous les jours on la constate. M. le professeur Bouillaud l'a bien établie devant l'Académie, seulement MM. Dubois et Depaul, pour des esprits calmes, se sont trop pressés, ce me semble, en s'écriant : « Vous êtes de notre avis » au moment même où M. le professeur Bouillaud en était aussi peu que possible. Mais, qu'on y prenne bien garde, cette altération du sang n'est nullement primitive et aucune preuve n'a été fournie à ce sujet, ni par M. Dubois, ni par M. Danyau, ni par M. Depaul, ni par les jeunes adeptes de l'École. Aucun fait n'a été produit qui montrât cet état du sang antérieurement aux accidents véritablement caractéristiques, ce qui est le nœud de la question. On affirme qu'il doit être antérieur et qu'il doit produire les accidents

locaux, mais, des preuves si peu acceptables que ce soit, des preuves même à l'usage des esprits calmes, auxquels une demi-démonstration peut suffire ? Point ! Ah ! si on venait présenter un état du sang différant par ses caractères de toutes les altérations déjà constatées, même d'une façon insuffisante, dans d'autres cas pathologiques ; et si on me montrait, coexistant avec cet état du sang, une série de symptômes tout à fait particuliers à cette altération spéciale, et différents des symptômes observés ailleurs, je pourrais accepter qu'il existe une altération particulière, puisque je verrais une lésion distincte, quoique mal connue, correspondant à un groupe de symptômes distincts. Mais cela n'est nullement le cas. Altération du sang et symptômes, on les retrouve ailleurs avec une similitude complète, et là où ne saurait exister d'équivoque.

Les exemples d'infection purulente, dans des cas chirurgicaux, ont montré l'état de dissolution du sang, l'état poisseux du sang comme un fait habituel. Quant aux symptômes, un de mes élèves, esprit très distingué, très lucide, très ferme, que j'ai eu le plaisir de voir, en présence des faits observés dans le service, accepter et défendre les doctrines que je soutiens, et pour lequel je suis heureux de professer une amitié véritable, M. Gallard, l'a déjà dit dans une revue critique très bien faite (UNION MÉDICALE, nos des 4, 11 et 14 juillet 1857), la similitude est complète ; et, à part les nuances qu'entraîne le point de départ utérin, les symptômes sont identiques chez un blessé atteint d'infection purulente et chez une femme affectée de la prétendue fièvre puerpérale.

Ouvrez, en effet, l'article de M. le professeur Bérard, écrit en 1842, et en dehors des besoins de la discussion actuelle. Vous y voyez (page 482) :

« .... L'infection purulente se dénote par des symptômes assez » constamment les mêmes : le premier est un *frisson* violent plus

» ou moins prolongé. Le sentiment de froid est très prononcé, et » les malades demandent qu'on les couvre davantage, comme font » les individus atteints de fièvre intermittente. Ce symptôme avait » frappé de bons observateurs, qui avaient reconnu l'état grave » qu'il présageait, avant même qu'on eût soupçonné les consé- » quences de la suppuration dans les veines : « Avez-vous eu » des frissons? » Telle était la première question que Dupuytren » adressait déjà à ses opérés, lorsque j'étais employé comme ex- » terne dans son service. A ce frisson succèdent la chaleur et une » réaction assez marquée..... Les frissons se renouvellent avant » que les vingt-quatre heures soient expirées, et souvent plusieurs » se succèdent à des intervalles assez rapprochés. Ce n'est guère » que dans les premiers jours de l'infection purulente que les fris- » sons se prennent avec intensité; plus tard ils sont fugaces ou » manquent entièrement.

» Le pouls offre constamment une très grande fréquence... : ses » autres caractères sont variables; à la fin, il devient petit et fili- » forme.

» Les malades délirent souvent pendant la nuit. Pendant le » jour, ils n'ont pas la conscience de la gravité de leur position, » ils souffrent peu, et si on les questionne, ils répondent qu'ils se » trouvent bien.

» Dans une période avancée, la peau prend une teinte jaune, » comme ictérique, mais les autres signes de l'ictère manquent.

» Les urines et les autres excrétions sont fétides; il y a souvent » de la diarrhée.

» Chez quelques sujets, des collections purulentes, précédées » ou non de douleur, se forment dans le tissu cellulaire. Ces col- » lections sont fluctuantes dès le principe; elles apparaissent rapi- » dement et se succèdent pendant quelques jours.

» Chez d'autres sujets, on voit certaines articulations diarthro-

» diales se tuméfier un peu ; on y perçoit la fluctuation ; c'est déjà
» du pus qu'elles contiennent.

» D'autres symptômes ou signes, peuvent dénoter la formation
» des abcès métastatiques viscéraux, mais ces signes sont difficiles
» à saisir. »

Ne semble-t-il pas, mon cher maître, que je viens de résumer les signes généraux observés chez les femmes en couches qui peuvent rentrer dans le groupe délimité par M. le professeur Dubois, comme caractérisant la fièvre puerpérale, depuis ce fameux *frisson du début* jusqu'aux collections des muscles et des articulations.

Une telle identité ne se trouve guère entre des maladies différentes..... Mais permettez-moi de renvoyer la suite de cet examen à la lettre prochaine.

Votre très dévoué de cœur,

BÉHIER.

Dixième Lettre.

Mon cher maître,

J'ai déjà cherché à établir, dans la lettre qui précède, que l'altération du sang, invoquée par mon honorable ami, M. Depaul, et mentionnée par tous les auteurs, était identiquement la même que celle qu'on rencontrait dans les cas chirurgicaux d'infection purulente ; et en rapportant le tableau des phénomènes consécutifs à cette infection, emprunté à l'article de M. le professeur Bérard, j'ai insisté sur la similitude complète qui existe entre ce groupe de phénomènes à forme typhoïde et celui qui constituerait la prétendue fièvre puerpérale. Mêmes altérations du sang, mêmes symptômes ! Quelle plus complète identité peut-on vouloir?

Mais cette altération du sang dans les cas chirurgicaux est consécutive à l'état local observé, à la plaie quelle qu'elle soit, tout le monde le reconnaît et l'accepte. Dans la maladie que l'école de la Maternité a cherché à établir, cette altération du sang, au dire de cette école, serait au contraire primitive à la manifestation morbide. Là serait le nœud véritable de la question ; M. Depaul, serré si vivement et de si près par M. le professeur Bouillaud, l'a bien reconnu. Seulement il ne manque plus absolument, pour trancher la question en faveur de M. Depaul et de ses coreligionnaires, que de démontrer cette antériorité de l'altération du sang. Nul des partisans de cette doctrine, je le répète, n'a fait cette démonstration. La plus grande partie, sinon la totalité d'entre eux, n'ont

parlé de l'altération du sang que d'après ce qu'ils ont observé sur le cadavre; et ce qu'ils ont observé dans cette condition n'a aucune valeur pour démontrer cette antériorité de la lésion du sang. Vous trouvez sur le cadavre le sang diffluent et poisseux? D'accord! nous le savons bien; nous affirmons que cette altération est consécutive au mélange du pus avec le sang. Comment allez-vous nous démontrer que nous nous trompons? Cela nous montrerait peut-être que vous avez raison? Quels arguments allez-vous employer? En avez-vous formulé un seul? Non, vous avez dit : Nous croyons que l'altération du sang (que vous observez sur le cadavre) est primitive aux lésions locales, et puis voilà tout. Rien de plus. Nous sommes mieux fondés, je suppose, dans notre dire, car nous nous appuyons sur des faits incontestables et incontestés qui montrent ailleurs des altérations du sang et des symptômes identiques à ceux que l'on observe chez les femmes en couches, alors que sont constatées des conditions anatomo-pathologiques semblables.

Que devient, par exemple, le sang quand, expérimentalement, on le mélange au pus? Interrogez les expériences diverses, vous les voyez vous démontrer que, par son mélange avec le pus, le sang perd la propriété de se coaguler; que sa fibrine reste divisée en grumeaux, en filaments, au lieu de se prendre en une masse élastique et résistante, et que le sang prend alors l'aspect poisseux tout à fait, comme celui que nous rencontrons dans la maladie que nous étudions.

Cette altération du sang, vous la trouvez aussi avec ses mêmes caractères et consécutivement à une altération locale, chez les individus qui, en dehors de toute épidémie, sont pris d'une phlébite à la suite d'une saignée du bras, et succombent par le fait du mélange du pus avec le sang. Vous l'observez également chez les blessés qui, à un moment donné, meurent en grand nombre dans les salles de chirurgie, et qui avec des symptômes identiques par

le fond à ceux des femmes en couches qui succombent, présentent tous pour lésion concomitante du pus dans les veines.

Voilà donc des circonstances dans lesquelles se rencontre une altération du sang identique à celle que nous trouvons chez les femmes en couches, et on ne saurait nier que, dans ces circonstances, elle soit tout à fait consécutive, car chez les blessés, les phénomènes anatomiques de la phlébite sont assurément une conséquence de la plaie sans laquelle ils ne sauraient être produits.

De ce que je trouve un état du sang tout à fait semblable dans l'un et dans l'autre cas, c'est déjà une présomption que, dans l'un comme dans l'autre exemple, il est consécutif; au moins il y a là un élément de démonstration bien supérieur à votre affirmation pure et simple. Et la similitude devient plus éclatante quand je trouve, dans l'un et dans l'autre cas, des circonstances anatomiques identiques, soient une plaie accompagnée de la division d'un grand nombre de veines et la présence du pus dans plusieurs de ces vaisseaux.

Enfin, quand, ne m'en tenant plus à la comparaison de l'altération du sang, je rapproche les symptômes observés dans l'un et dans l'autre exemple, loin de trouver la moindre dissemblance je rencontre au contraire la similitude la plus complète. Seulement, et c'est là un point fort important qu'on a toujours négligé jusqu'ici, quand on veut comparer les symptômes observés chez les blessés et ceux que l'on rencontre chez les femmes en couche, il ne faut pas s'en tenir au tableau écourté que donnent les partisans de la prétendue fièvre puerpérale, qui suppriment toute une période de la maladie lorsqu'ils font commencer cette dernière au frisson, sur lequel ils ont tant insisté.

En effet, il faut bien faire attention que les deux groupes de symptômes que M. le professeur Dubois a si bien délimités, ne sont pas aussi isolés l'un de l'autre qu'il a voulu l'établir. L'obser-

vation attentive démontre que le groupe inflammatoire qu'il a décrit comme n'appartenant pas à la fièvre puerpérale qu'il admet, est très fréquemment observé avant le second groupe, le groupe qui constitue la maladie essentielle dont il affirme l'existence. J'ai, par l'observation, établi chez les femmes en couche la présence constante d'un signe local du début, sur lequel j'ai assez insisté pour n'y plus revenir ; l'observation m'a démontré également que, même dans les faits dont la conclusion fatale est le plus rapide, lorsqu'on veut examiner avec soin, on trouve toujours une période qui représente les phénomènes inflammatoires, et qui est antérieure au frisson sur lequel on a tant insisté.

Ces phénomènes inflammatoires sont tout à fait ceux qu'on rencontre dans les cas de phlébite chirurgicale avant que le mélange du pus avec le sang ait produit ce qu'on a appelé l'infection purulente. Si on veut observer désormais les femmes en couches d'une façon complète, et ne plus attendre, pour croire à leur état de maladie, la présence du frisson dit initial, on trouvera que cette période inflammatoire, qui commence au signe local que j'ai indiqué, et qui finit au frisson, est habituellement très nettement dessinée, quelle que soit la durée de cette période. Cette durée est très variable assurément, je suis loin de le nier, mais c'est là un fait qu'il faut examiner à part, et si courte qu'elle soit, dès l'instant qu'elle existe, elle suffit à établir la filiation et la succession des phénomènes.

C'est pour avoir méconnu le lien pathologique qui unit la période inflammatoire à la période typhoïde, et pour avoir fait commencer la maladie au moment où se manifeste le frisson violent, que les partisans de l'existence de la prétendue fièvre puerpérale ont été conduits à la considérer comme une maladie à part. Les circonstances dans lesquelles ils sont placés, me dit-on, ont probablement aidé à leur faire commettre cette omission. Ils reçoivent,

en effet, dans l'infirmerie, à titre de malades, les femmes en couches que l'on y fait passer à un moment donné, et le frisson est le signal habituel de ce passage aux yeux des sages-femmes chargées du soin des nouvelles accouchées. Cela a pu permettre que la filiation des phénomènes échappât aux habiles praticiens qui dirigent l'infirmerie.

En outre, il faut bien remarquer que, en dehors du cas d'une péritonite un peu étendue, les symptômes observés sont souvent peu intenses, un peu de fièvre, un peu de malaise, peu de douleur spontanée dans la région utérine, qui n'est sensible qu'à la pression directement exercée sur les points spéciaux que j'ai indiqués. Voilà les seuls traits que l'on observe souvent. Du reste, ordinairement il n'y a pas plus de phénomènes chez un individu atteint d'une phlébite des veines du bras au début. Tant qu'elle reste adhésive, l'inflammation des veines, surtout quand elle est peu étendue, retentit modérément sur le reste de l'économie, et quand on n'observe pas les phénomènes locaux de rougeur et de gonflement, et quand, ainsi que cela est chez les femmes en couches, les organes occupés par la phlegmasie veineuse n'ont à accomplir aucun acte capable d'éveiller la douleur, la maladie peut passer inaperçue si l'attention n'est pas éveillée sur son existence. Cela a pu avoir lieu ainsi à la Maternité, si j'en juge par les exemples que j'ai observés. Plusieurs femmes, en effet, sont venues à Beaujon sortant de la Maternité et de la Clinique, après deux ou trois jours, ou même après dix jours de séjour dans les services spéciaux. Parfois on les avait renvoyées après l'accouchement pour les soustraire aux dangers de l'épidémie qui régnait dans l'établissement. A cela rien à dire. Mais d'autres fois on les avait renvoyées comme guéries. Elles entraient ensuite à Beaujon dans un état de maladie véritable. Presque toutes nous racontaient, quand nous les interrogions, qu'elles avaient éprouvé des douleurs obtuses et peu intenses dans l'abdomen pendant leur séjour à la Ma-

ternité ou à la Clinique, mais comme elles n'avaient pas encore présenté le fameux frisson du début, elles n'avaient pas été considérées comme atteintes de fièvre puerpérale ou comme offrant un état de maladie. Cependant elles étaient venues réclamer leur admission à cause du malaise plus grand qu'elles ressentaient; nous constations chez elles, avec les gonflements locaux et douloureux que j'ai indiqués, des phénomènes fébriles assez intenses et des symptômes représentant le premier groupe de M. le professeur Dubois, symptômes qui n'étaient pas autre chose que l'exagération d'un état local antérieur, passé inaperçu à cause de l'absence du frisson.

Plusieurs de ces femmes, sous l'influence d'un traitement approprié, guérirent; chez quelques autres, le frisson se produisit et elles succombèrent après le développement du groupe de symptômes typhoïdes auxquels on a plus spécialement donné, dans l'école de la Maternité, le nom de fièvre puerpérale.

La disposition même du service dans ces hôpitaux et la préoccupation de la valeur qui doit être accordée au frisson comme signe du début de la maladie sont donc des circonstances qui ont fait isoler, à grand tort, l'état qui suit ce frisson de tous les autres phénomènes qui peuvent être observés avant son apparition.

Deux circonstances paraissent encore avoir détourné les auteurs dont je combats ici l'opinion, de l'étude des phénomènes locaux et de leur valeur dans l'explication des symptômes que présentent les femmes en couches. La première, c'est le peu de temps qui, dans certains exemples, s'écoule entre l'accouchement et la manifestation du frisson qui commence la période typhoïde. Ne trouvant aucun phénomène morbide entre ces deux circonstances, l'accouchement et le frisson, et les voyant séparées l'une de l'autre par un intervalle de quelques heures seulement, ils ont été conduits à considérer ce frisson comme le premier phénomène mor-

bide. Le gonflement douloureux des annexes que j'ai constaté dans tous les faits comme phénomène antérieur au frisson, ôte certainement à celui-ci sa qualité de symptôme initial de la prétendue maladie, et prouve que, localement, existent toujours des signes, méconnus jusqu'ici, mais dont j'affirme avec confiance et la constante réalité et l'importance nosologique. Je rappellerai en outre que j'ai trouvé ce gonflement douloureux même avant la terminaison de l'accouchement, surtout lorsque le travail durait depuis quelque temps, et quand je l'ai rencontré ainsi avant l'expulsion de l'enfant, il a persisté après la couche avec tous ses caractères.

Cette constatation du signe local fait donc remonter le début de la maladie à une époque antérieure à l'apparition du frisson, même dans ces cas si rapides, et pour ce qui est de la formation si prompte du pus, je rappellerai ce que j'ai dit plus haut sur les remarques faites en pathologie à propos des phlegmasies secondaires et de la rapidité avec laquelle se forme le pus dans les cas de ce genre.

Je vous demanderai seulement ici, mon cher maître, la permission de m'arrêter un moment non pas sur ce point même de la question, mais sur une interprétation inexacte qui a été faite de ce que j'ai dit touchant ces phlegmasies secondaires dans la sixième lettre. Je disais que les phlegmasies qui se développent secondairement chez des sujets déjà malades, chez des sujets affaiblis, suppuraient avec grande facilité et avec grande rapidité. J'ajoutais que la femme en couche est, par le fait même de l'accouchement, dans un état de maladie, maladie physiologique si l'on veut, ou, pour satisfaire toutes les susceptibilités, état physiologique qui place la femme dans des conditions analogues à celles de beaucoup de malades. C'est, ai-je dit encore : « Ce que l'on » a appelé une grande opportunité morbide. Quoi de surprenant, » dès lors, à voir les phlegmasies qui se développent chez elle se » comporter comme des phlegmasies secondaires et suppurer

» promptement. » Je croyais cela clair, et je croyais exprimer par là un fait qui, loin de créer, à mon estime, une situation particulière à la femme en couches, la confond au contraire avec les individus déjà malades et avec les sujets affaiblis. Il faut bien admettre cependant que ce qui me paraissait clair ne l'est pas complétement, et que je me suis mal expliqué, car je lis ce qui suit dans le paragraphe XXXII de la note que publie sur la fièvre puerpérale notre ami M. Pidoux (UNION MÉDICALE, n° 57, 15 mai 1858, p. 227, 2e colonne).... « M. Béhier se pose franchement sur » le terrain de la phlébite, de la métrite ou de la métro-péritonite » primitives. Il veut énergiquement repousser toute idée d'une » affection puerpérale primitivement générale ; mais il ne le peut. » Impossible à lui de se dispenser d'un état d'imminence morbide » de toute la constitution, propre aux femmes en couche. »

Je ne veux pas examiner ici les opinions de mon excellent collègue M. Pidoux. Son travail n'est pas terminé, et si, pour la défense de la doctrine que je soutiens, je suis conduit à lui répondre sur l'ensemble de ses idées, ce qui me paraîtrait sans grande difficulté dans l'état actuel, j'attendrai pour le faire que son travail soit complet. On ne peut juger les opinions d'un homme qu'alors qu'il a fini de les exposer. Je ne relèverai ici que le passage que je viens de citer pour rectifier l'interprétation qu'il a faite de mes paroles, et pour repousser la portée qu'il leur a donnée.

D'abord je prendrai la liberté de lui faire remarquer, en passant, que je n'ai nullement parlé de la métrite, car je n'ai jamais rien constaté qui puisse porter ce nom chez les femmes que j'ai pu observer, et cette dénomination m'a paru toujours trop peu régulière pour que j'aie jamais voulu l'employer. J'ai décrit comme ayant été rencontrées dans mes autopsies la gangrène traumatique et la pourriture d'hôpital à forme diphtéritique ; mais je ne vois pas là, que le ciel m'en préserve, des métrites, comme on le lit

dans certains auteurs. Je n'admets donc pas la métrite, et pour ce qui est de la péritonite, je lui rappellerai que j'ai pris grand'peine à chercher à démontrer que c'était là toujours une affection consécutive liée à titre subordonné aux lésions de l'utérus et de ses annexes. On me l'a vivement reproché, j'y persiste; mais la remarque de mon ami M. Pidoux me placerait ainsi entre deux feux, position désagréable quand elle n'est pas dangereuse.

Quant au fond même de son reproche, rien dans ce que j'ai dit ne prouve que je ne puisse pas repousser énergiquement toute idée d'une affection puerpérale primitivement générale. Je la repousse au contraire, et de plus en plus énergiquement. Et il m'est si peu impossible de me dispenser d'un état d'imminence morbide de toute la constitution, propre aux femmes en couche, que je continue à m'en dispenser pleinement. Encore une fois, M. Pidoux s'est mépris sur mes paroles. Je repousse si bien l'existence d'un état d'imminence morbide propre à la femme en couche, que, dans le passage qui a causé l'erreur de M. Pidoux, je fais effort pour établir que la femme en couche est, par le fait même de son accouchement, dans un état que je cherche à confondre, au point de vue qui m'occupe, avec celui d'un individu affaibli ou malade, bien loin de vouloir lui assigner des caractères distincts et propres à la femme dans cette condition.

Dans ce passage, j'ai voulu seulement faire ressortir que les conditions de la femme en couches étaient des conditions de dépression, et expliquaient la terminaison rapide par suppuration d'une phlegmasie intercurrente, comme l'expliquent ailleurs les conditions dans lesquelles est un homme affaibli, un individu épuisé par une longue marche ou par une maladie antérieure. En un mot, j'ai voulu montrer que chez elle comme chez les autres, la lutte contre l'état morbide offrait des conditions moins favorables à cause du degré moindre de résistance de l'économie, toute abstraction faite de la cause

de cet affaiblissement. Les faits ne m'ont jamais dit autre chose, je n'ai jamais rien saisi de particulier, ni rien qui pût permettre la constatation d'un état propre à la femme en couche que je pusse délimiter avec netteté. Ce que j'ai dit là, d'ailleurs, je l'appliquais à ce seul fait spécial, la facilité de la suppuration, et je n'en faisais nullement un argument de doctrine générale. Sur ce point, je suis au contraire à l'autre bout de la corde. Je repousse donc le sens que mon ami, M. Pidoux, a prêté à ce que j'ai écrit, et je continue à me dispenser, dans l'interprétation des faits, d'accepter l'existence d'une affection puerpérale primitivement générale et celle d'un état d'imminence morbide de toute la constitution, propre aux femmes en couche. J'ai pour mon collègue une amitié véritable, et je professe une estime profonde pour son caractère comme pour son talent, c'est ce qui m'a fait répondre tout de suite à l'erreur qu'il a commise, sans doute à cause de mon peu de clarté.

Cet incident vidé, revenons à notre sujet. Il existe donc, comme je l'ai dit plus haut, un signe local saisissable, même dans les cas les plus rapides, et ce signe local promptement accompagné d'un mouvement fébrile précède toujours le frisson qui marque le début de la période typhoïde, de la période d'infection. Là, encore, existe donc quelque chose qui retrace le groupe inflammatoire, groupe dont l'expression symptomatique est si nette dans d'autres exemples.

La seconde circonstance qui a fait repousser l'importance des désordres locaux par les partisans de la prétendue fièvre puerpérale essentielle, c'est la forme symptomatique elle-même dans la période à laquelle ils ont limité leur observation. En effet, les phénomènes qu'ils ont constatés comme tout le monde à cette période, sont de l'ordre de ceux qu'on a appelés symptômes généraux; et, en outre, ils sont aussi loin que possible de la forme inflammatoire. Ces auteurs ont alors, à cause de cette forme des

symptômes, repoussé et toute idée d'inflammation et toute idée de localisation, d'autant plus que la réaction contre les idées de Broussais était alors la pente que suivaient ces esprits. Comme toute réaction, celle-ci a dépassé le but. Les symptômes sont généraux, ils n'ont rien d'inflammatoire dans leur aspect; oh! j'en demeure d'accord, cela est positif. Seulement, les faits démontrent, quand on ne tronque pas l'observation, que cet état doit être rattaché à la période précédente, période constante dans son existence, qui explique parfaitement sans hypothèse gratuite, sans déduction forcée, la valeur des phénomènes généraux non inflammatoires, et qui leur assigne le rang d'une pure terminaison de l'état morbide au lieu de celui de maladie complète et essentielle qui lui a été assigné par les partisans de la prétendue fièvre puerpérale. Ils ont pris la maladie déjà en route depuis longtemps, en quelque sorte, comme si elle était seulement à son point de départ, sans lui demander si le chemin qu'elle avait déjà fait ne serait pas la cause du changement de ses traits.

Ainsi donc, le groupe de phénomènes généraux à forme typhoïde, qui constitue essentiellement, aux yeux de l'école de la Maternité, la prétendue fièvre puerpérale, doit être rattaché aux phénomènes d'autre nature qui le précède, comme la terminaison se rattache à la période d'état, bien loin que ces deux groupes doivent être constitués à titre de maladies distinctes l'une de l'autre.

La doctrine de la phlébite avec infection purulente rend donc un compte très net de l'ensemble des phénomènes observés; elle constitue le lien simple, facile et solide entre les deux ordres de phénomènes que tous les observateurs ont notés, et de tous les accidents relevés chez les femmes en couches, l'inflammation suppurative des veines est le seul qui puisse expliquer la production de l'état général à forme typhoïde, lequel n'est autre chose que la conséquence de l'infection purulente. Les faits là se passent comme dans les cas chirurgicaux, les symptômes, les lésions sont identi-

ques, et, comme dans ces dernières, chez la femme en couches on trouve toujours une période qui précède l'infection purulente.

Du reste, l'école de la Maternité a si bien senti la similitude, qu'elle a cherché à établir des différences entre la maladie essentielle qu'elle admettait et l'infection purulente. Voyons ce qu'elle a dit à ce sujet. C'est encore au discours de M. Depaul que j'emprunterai ce point, car il ne s'est pas borné à une affirmation de six lignes, il a tenté d'établir le diagnostic différentiel. Comment a-t-il réussi ?

« Le diagnostic différentiel de l'*infection purulente* et de la » fièvre puerpérale, dit-il *(Moniteur des hôpitaux*, 1858, n° 27, » p. 214), est facile à établir. Ainsi la première ne débute jamais » avant le huitième ou le dixième jour qui suit l'accouchement ; » ce qui est l'inverse pour la fièvre puerpérale. Les frissons se » répètent pendant un temps plus long et sont suivis de rémissions » plus complètes. De telle sorte que si l'on voyait la malade dans » l'intervalle des accès et que l'éveil ne fût pas donné, on pour- » rait ne point reconnaître l'infection purulente. On n'observe pas » non plus d'ictère au début de cette dernière maladie, bien qu'il » y ait parfois une certaine coloration jaune de la peau. Enfin, » je ne ferai que mentionner les abcès multiples et les lésions si » connues des poumons et du foie. »

J'en demande tout d'abord bien des fois pardon à mon honorable ami, M. Depaul, mais en prenant les termes mêmes de son discours, je ne trouve pas le diagnostic différentiel aussi facile à faire qu'il l'annonce. Il est bien heureux de se contenter à ce prix. Mon ami M. Hardy et moi nous serions bien charmés si les diagnostics que nous avons à présenter pouvaient être aussi lestement enlevés, la besogne serait bien abrégée.

L'infection purulente commence beaucoup plus tard que la fièvre puerpérale, dit-il, mais je pourrais lui citer :

L'observation d'une femme qui, présentant de la douleur locale

à droite le premier jour, un frisson violent le cinquième avec tous les signes de la prétendue fièvre puerpérale, du pus dans les articulations le sixième, mourait le dixième. Elle n'offrait ni péritonite, ni autre altération secondaire, ne portait pour lésion que du pus dans les veines de l'utérus, surtout dans les veines ovariques, et un gros noyau de pus phlegmoneux dans la veine cave inférieure, sans fausses-membranes qui vinssent circonscrire le pus et l'isoler du sang avec lequel cependant il n'était pas mêlé intimement, conservant sa couleur et son apparence propre.

L'observation d'une femme chez laquelle on constata le signe local le deuxième jour, le frisson le troisième, et qui mourut le huitième, sans autre lésion non plus qu'une phlébite suppurée des veines utérines et de celles du ligament large.

L'observation d'une femme qui, prise le deuxième jour par le signe local, mourait le neuvième jour, ayant aussi pour toute lésion du pus dans les veines du corps de l'utérus, dans celles du col et dans les veines ovariques.

Ces faits, que je pourrais multiplier, offrent des exemples dans lesquels la lésion veineuse a été la seule altération constatée sans péritonite ni gangrène, et les phénomènes ont été si bien ceux de l'infection purulente, que si on avait proposé à qui que soit, de poser le diagnostic, en supprimant l'histoire des antécédents, et qu'on eût borné l'examen de la malade aux seuls symptômes généraux, il eût été impossible de distinguer ces femmes de femmes blessées, atteintes d'infection purulente, comme il était impossible de ne pas reconnaître en elles le tableau de la prétendue fièvre puerpérale. Et cependant toutes étaient non pas seulement malades, mais malheureusement mortes avant le moment que M. Depaul assigne pour époque du début à l'infection purulente.

Les frissons, dit-il encore, se répètent pendant un temps plus long, et sont suivis de rémissions plus complètes. Je pourrais mul-

tiplier encore ici les observations de ces rémissions trompeuses auxquelles on est toujours tenté de se laisser prendre, même après une expérience déjà longue, et que j'ai constatées chez des malades frappées le deuxième ou le troisième jour, et qui mouraient le dixième jour.

Quant à ce qu'il dit de la coloration de la face, ce n'est pas sérieusement qu'il la désigne sous le nom d'ictère, car je ne crois pas qu'il ait souvent constaté l'ictère véritable dans la prétendue fièvre puerpérale. Il a trouvé une coloratien jaunâtre, terreuse de la face, sorte d'exagération de ce qu'on a appelé le masque des femmes en couches; mais de là à l'ictère véritable, étendu à tout le corps, la distance est longue et le chemin bien différent. J'ai, du reste, trouvé chez bien des femmes cette coloration très marquée dès le second jour, alors que le troisième et le quatrième se manifestait le grand frisson dit initial; et chez ces femmes mortes du huitième au quatorzième jour, on trouvait des veines suppurées.

Enfin, il ne fait, dit-il, que mentionner les abcès multiples et les lésions si connues des poumons et du foie. Il ne fait que les mentionner, probablement parce qu'il lui paraît démontré que ces sortes d'accidents n'ont pas lieu dans la prétendue fièvre puerpérale, et appartiennent à l'infection purulente, infection qui, selon lui, ne débute *jamais* avant le huitième ou le dixième jour. Or, j'ai sous les yeux, entr'autres observations, les suivantes, dont voici le résumé très succinct :

Femme de 17 ans, accouchée le 21 avril 1857. Signe local le 22. Phénomènes fébriles le 23. Mort le 2 mai. Abcès métastatiques des poumons, pus dans les veines utérines.

Femme de 36 ans, accouchée le 12 avril 1857 au matin. Signe local et phénomènes fébriles graves le 12 à la visite. Mort le 18 avril. Plaques jaunâtres et décolorées dans le foie, noyaux volumineux, noirâtres,

denses, ramollis dans le poumon gauche; injection purulente des lymphatiques du poumon droit, lobe inférieur et partie inférieure du lobe moyen. Pus dans les veines utérines. Rien dans les lymphatiques de l'abdomen.

Femme de 32 ans, accouchée le 5 mai 1856, à six heures du soir. Gonflement local et douloureux le 6, à dix heures du matin; phénomènes fébriles le 6 au soir; frisson le 9. Mort le 16. Abcès métastatiques très nombreux dans les deux poumons.

Femme de 43 ans, accouchée le 7 février 1855, à onze heures du soir. Fièvre et frisson le 9. Mort le 26. Abcès métastatiques des poumons et du foie; pus dans les veines de l'utérus.

Femme de 38 ans, accouchée le 5 février 1855 à huit heures du matin. Douleur locale le même jour à dix heures du matin. Frisson assez marqué vers la fin du même jour. Phlébite suppurée des veines des deux jambes et des deux cuisses, dont les phénomènes commencent le 7; érysipèle du bras droit le 11; terminé par gangrène le 14. Mort ce même jour. Pus dans les veines de l'utérus, dans celles des cuisses, avec suppuration du tissu cellulaire dans la cuisse gauche.

Femme de 29 ans, accouchée le 3 janvier 1857. Gonflement et douleur à l'annexe droite le 3 au matin. Frissons violents le 8. Douleurs vives des deux poignets le 10; dans l'articulation tibio-tarsienne droite et dans le mollet du même côté le 12. Mort le 13. Pus dans les articulations des poignets, surtout à gauche; pus dans l'articulation tibio-tarsienne droite; pus dans les veines utérines.

Voilà des faits qui démontrent, comme les précédents, que la ligne de démarcation que M. Depaul a voulu établir, à l'aide de l'époque du début, entre la prétendue fièvre puerpérale et l'infection purulente, est purement fictive, puisque des abcès métastatiques et des suppurations des membres, attributs de l'infection purulente même, à son estime, existaient chez des malades frappées dès le deuxième ou dès le troisième jour (ce qui ne serait *jamais*, selon lui, le fait de l'infection purulente) d'un état de maladie terminé par la mort le sixième, le neuvième, le onzième et le dix-neuvième jour, et semblable dans tous ses traits à la prétendue fièvre puerpérale.

Ce que j'ai pu observer ne confirme donc nullement les données sur lesquelles M. Depaul a cru pouvoir asseoir le diagnostic si facile à établir, selon lui, entre l'infection purulente et la prétendue fièvre puerpérale. Cela, au reste, ne m'étonne guère; il tentait, à mons sens, l'impossible, et les deux maladies n'en font qu'une.

Il est très réel, d'autre part, que la femme en couches peut offrir, dans l'état qu'elle présente, des variétés de formes différentes au premier abord de celles qu'on rencontre chez les blessés atteints d'infection purulente, que la mort survient plus rapidement chez elle que chez ces derniers ; mais ce sont là de simples apparences qui ne changent rien au fond de l'état morbide, et qui tiennent à la coexistence de lésions importantes et variées dont j'ai cherché à démêler le rôle et la valeur. Ces formes sont intéressantes à étudier. On a fait de leur existence un argument contre l'identité que je soutiens. Je vous demande la permission d'examiner ce point dans la prochaine lettre que j'aurai l'honneur de vous adresser.

J'aurais voulu aussi pouvoir revenir dès à présent sur ce qu'a dit des faits que j'ai observés, l'orateur qui, à l'Académie, a occupé si brillamment la dernière séance. Il y a, dans ce qu'il a dit, quelques points qu'il me sera facile de rectifier. Je vous demanderai la permission de le faire ; mais l'espace me manque aujourd'hui ; à bientôt donc.

Votre bien sincèrement et bien affectueusement dévoué,

BÉHIER.

Onzième Lettre.

Mon cher maître,

Chez les femmes en couches, ainsi que j'avais l'honneur de vous le dire, les accidents observés présentent des variétés de formes, différentes au premier abord de celles qu'on rencontre chez les blessés frappés d'infection purulente, tout en offrant, au fond, le même état général d'apparence typhoïde. Cette variation dans l'apparence extérieure tient à ce que les états anatomiques divers, auxquels j'ai cherché à faire leurs parts respectives, viennent ajouter les symptômes qui leur sont propres à l'ensemble des signes de l'infection purulente. Il peut même arriver que, pour certains exemples, les épiphénomènes deviennent tout à fait prépondérants.

Si j'examine avec soin les observations que j'ai recueillies, je suis conduit à les ranger, en tenant compte non plus seulement des lésions, mais bien aussi des symptômes, sous quatre chefs principaux constituant quatre formes distinctes de la maladie des femmes en couches.

La première, la plus simple, qui est loin d'être la plus fréquente à cet état de pureté, est celle dans laquelle la phlébite utérine avec infection purulente se manifeste sans aucune complication. Les malades, après avoir offert du premier au troisième jour un gonflement douloureux des annexes de l'un ou de l'autre côté, et quelquefois même de tous les deux, éprouvent, soit dès le mo-

ment où ce gonflement est perçu, soit le lendemain ou deux jours après, un mouvement fébrile, avec douleur spontanée dans l'abdomen et phénomènes d'apparence inflammatoire, au milieu desquels se produit le frisson violent dont nous avons déjà parlé tant de fois, et alors les phénomènes graves d'infection que j'ai indiqués et qui constituent la prétendue fièvre puerpérale, se manifestent. La mort survient du troisième au dixième ou au seizième jour. Dans le cas où cette funeste terminaison a eu lieu le troisième jour, des mouvements convulsifs, sans lésion cérébrale constatée à l'autopsie, et sans albuminurie, semblèrent hâter la mort, qui, partout ailleurs, est venue un peu plus tard.

Cette première forme a rarement été plus franchement dessinée que chez une femme de 23 ans qui vient de succomber il y a peu de jours dans mon service.

Accouchée le 27 avril 1858, à sept heures du soir, elle offrait, le 28, un gonflement et une douleur marqués de l'annexe droite, le pouls était à 72 pulsations, la peau fraîche, la malade calme et paisible. (10 sangsues au côté droit, deux bouillons, deux potages.) — Les jours suivants, la douleur fut moindre, ainsi que le gonflement; le pouls restait peu élevé, mais la peau était chaude. Une sorte d'intermittence apparente fit supposer à la personne qui me remplaça pendant deux jours, qu'on avait affaire à une fièvre intermittente; et le 2 mai, après un frisson violent, suivi de chaleur et de sueur, on administre à la malade 75 centigrammes de sulfate de quinine. Le lendemain, je ne trouvai pas une intermittence bien évidente; la face était jaunâtre; pas de diarrhée, pas de ballonnement du ventre; 96 pulsations sans résistance du pouls. Le sulfate de quinine fut porté à 1 gramme. Une portion. — Le 4, le sulfate de quinine avait été vomi la veille, au moins la première prise; le frisson est revenu sans apparence régulière; même état du pouls; bourdonnements des oreilles; lochies régulières assez abondantes. — Le 5, frissons répétés depuis la veille; encore un vomissement. Pendant la nuit, a commencé un délire violent qui persiste. Elle croit que ceux qui l'approchent veulent la tuer, et elle les frappe si elle peut les atteindre. L'infirmière seule peut la calmer. Ses forces sont cependant très diminuées; elle exécute ses divers mouve-

ments en tremblotant. La face est plus jaunâtre que les jours précédents, altérée, sans être grippée; plaintes incessantes, avec somnolence interrompue par des moments d'agitation. La pression sur le ventre paraît pénible; mais il est difficile de se faire une opinion bien arrêtée à ce sujet, la malade repoussant violemment tout examen. Pas de diarrhée. Suspendre le sulfate de quinine. — 0,05 opium; frictions mercurielles; deux bouillons, deux potages.

Cet état persiste jusqu'au septième jour, où les frissons ne se représentent plus, et le délire diminue; la langue est sèche, couverte d'un enduit noirâtre et dur; pas de selles; ventre indolent, un peu ballonné. La diarrhée commence le 9; la faiblesse est extrême; la face de plus en plus jaune; le pouls, très petit, à 108. La peau sans grande chaleur; pas de sommeil. Aux onctions mercurielles, à l'opium, on ajoute le laudanum en lavements; une potion avec 0,50 de perchlorure de fer; 100 grammes de vin de Bordeaux.

Les phénomènes vont en s'aggravant; la malade est étendue dans son lit, affaissée, sans forces, la face de plus en plus altérée et comme terreuse, sans être grippée; la langue toujours sèche, noirâtre, tremblotante, la parole faible, lente, sans délire, la respiration très fréquente, sans réel ballonnement du ventre, la soif vive; pouls à 108, petit, peau chaude, sèche; pas de sommeil; la diarrhée reste très répétée, involontaire, les matières rendues sont d'une fétidité excessive, et la malade succombe le 15 mai, dans un état qu'il eût été tout à fait impossible de distinguer, quant aux symptômes généraux, de celui que présente un amputé atteint d'infection purulente.

Le 16, à l'autopsie, nous avons constaté qu'il n'existait aucun épanchement abdominal, aucune fausse membrane. L'utérus, déjà revenu sur lui-même, n'offrait, non plus que les ovaires, d'ailleurs peu volumineux, aucune trace de pus dans ses vaisseaux veineux, pas plus aux parties latérales que dans l'épaisseur du col. Pas de gangrène, pas de plaques diphthéritiques à la face interne de cet organe, que recouvre un mucus légèrement grisâtre et un peu sanguinolent par plaques.

Le plexus pampiniforme du côté droit est entouré d'un tissu cellulaire un peu épaissi; dans une des grosses veines qui le composent, on en trouve une qui est remplie d'un pus épais, crèmeux, jaunâtre. Cette veine est bien du volume d'une grosse plume de corbeau. Ses parois sont épaissies, nullement transparentes, et injectées de petits vaisseaux rouges très nombreux et très apparents. Elle ne saurait être prise pour un vaisseau lymphatique. Aucun de ces derniers n'est perceptible dans tout le bassin.

Le foie est pâle, plus décoloré par plaques, sans offrir rien qui ressemble à du pus.

Les poumons sont on ne peut plus sains et n'offrent pas même de congestion passive et ultime à leur partie postérieure.

Tout le rectum, le colon ascendant et une partie du colon transverse offrent une altération profonde de la muqueuse, laquelle paraît, comme dans certaines formes de dysenterie, remplacée par une couche épaisse de fausses membranes d'un gris verdâtre, inégales, profondément échiquetées sur certains points, exhalant partout une odeur des plus fétides, comme gangreneuse.

Les ganglions du mésentère, dans les points correspondants, sont développés depuis le volume d'un gros pois jusqu'à celui d'une petite noisette, et offrent tous, ou à peu près, une couleur noire.

Le cerveau, de consistance excellente, ne porte aucune trace d'altération, non plus que les méninges parfaitement saines.

Nous allions en rester là de l'autopsie, lorsque ouvrant la vessie, dont la surface interne était d'un rouge piqueté très intense, marbré même çà et là de petits épanchements sanguins sous-muqueux, et rencontrant à l'intérieur de ce réservoir une urine puriforme, l'idée me vint d'examiner les reins. Je les trouvai tous deux d'un rouge foncé, tirant sur le violet, d'un volume un peu au-dessus du volume normal. Leur surface extérieure présente sur plusieurs points, tant pour le rein droit que pour le rein gauche, de larges boursoufflures d'une teinte plus louche, circonscrites par des lignes plus jaunâtres. Lorsqu'on incise les reins et qu'on tente d'enlever leur capsule fibreuse, on reconnaît que leur tissu est généralement ramolli, que la substance corticale est plus épaisse, plus développée, enfin que les soulèvements, visibles par l'examen extérieur, correspondent à de vastes foyers circonscrits par une couche pseudo-membraneuse, d'aspect purulent, non régulièrement continue dans toute l'étendue du foyer, et renfermant dans son intérieur une pulpe, une sorte de magma d'un rouge sombre, louche, mêlé de tons jaunâtres, véritable pus coloré par un peu de sang. Ces collections ne siégent pas seulement à la périphérie des reins ; elles existent inégalement répandues dans toute l'épaisseur de ces organes. Plusieurs commencées dans la substance corticale, ne se portent pas à l'extérieur, de manière à venir à la surface, elles se plongent au contraire dans le sens des cônes de substance tubuleuse, dont elles semblent écarter les conduits par un prolongement qui donne à l'ensemble de cet abcès une forme trilobée comme les feuilles de certains végétaux, à l'exception que ce qui représente la foliole centrale dans l'abcès, est très prolongé en pointe. Plusieurs de ces abcès occupent le centre des cônes et sont généralement plus petits ; enfin on en trouve quelques-uns au sommet des cônes eux-mêmes. Ces collections sont beaucoup plus nombreuses

dans le rein gauche, et présentent partout l'apparence que j'ai décrite tout à l'heure.

Ce fait n'est pas de ceux qui figurent dans mon relevé général, puisqu'il a été observé en mai 1858, et que le relevé s'arrête à la fin de février ; mais je l'ai cité avec un peu plus de détails parce qu'il offre un type véritable des accidents de l'infection purulente, et aussi parce que les abcès métastatiques occupent assez rarement le siége que nous avons constaté dans cette observation.

Pour compléter le tableau de cette forme, il convient d'ajouter aux traits que présente cette observation, la mention des abcès métastatiques constatés dans le poumon et dans le foie, sans qu'on puisse habituellement, sur le vivant, relever au milieu des divers symptômes ceux qui appartiennent à ces sortes de collections. Celle des collections purulentes observées entre les muscles ou à la surface des membres, des épanchements de pus dans les articulations, et enfin l'indication des érysipèles promptement terminés par gangrène, dont j'ai observé un exemple à une période de la maladie bien moins avancée qu'on n'a coutume de le dire.

La seconde forme est celle dans laquelle les symptômes péritonéaux dominent, mais ne sont pas absolument seuls, comme ils l'étaient dans l'observation que j'ai déjà citée et dans laquelle, après un gonflement très douloureux et très marqué des deux annexes, se sont développés les symptômes d'une péritonite franche et qui a enlevé la malade en quatre jours. Dans les cas que je veux signaler ici, les phénomènes locaux se manifestent, les symptômes inflammatoires plus généraux se développent, le frisson peut même se produire, puis tout à coup dans cet état éclatent les symptômes violents de la péritonite, qui deviennent prédominants et emportent la malade avec plus de rapidité. Le fait suivant, observé aussi il y a peu de jours, peut servir d'exemple de cette forme :

Femme de 22 ans, blanchisseuse, primipare, née à Chartres, où elle a été réglée à 15 ans, sans éprouver la moindre indisposition pour l'établissement de ses règles, qui ont toujours été régulières depuis, durent de deux à trois jours et sont peu abondantes. L'arrivée à Paris, il y a un an, n'a exercé aucun effet sur les règles. Première approche il y a neuf mois, ayant déterminé la grossesse immédiate. Le début est marqué par quelques vomissements qui cessent vers le troisième mois et laissent un dégoût marqué pour les aliments gras et une appétence sensible pour les acides. Œdème peu considérable des deux jambes pendant le dernier mois seulement; pas de varices. Les seins, depuis plusieurs mois, ont un volume marqué, et laissent échapper un liquide qui tache le linge.

Accouchée le 1er mai, à quatre heures du matin d'une fille à terme (premier enfant), l'accouchement n'a présenté aucune circonstance extraordinaire, perd peu de sang. Frisson un peu avant l'expulsion de l'enfant, et aussi un peu après, dix minutes environ.

A la visite le même jour, 72 pulsations, peau fraîche, langue un peu blanche, sans grand enduit; pas de nausées, pas de vomissements; utérus indolent (18 centimètres de hauteur sur 12 de largeur); point de volume des annexes, point de douleur des mêmes points; l'utérus est dur et semble contenir des caillots qui sont, en effet, expulsés peu après. (Deux bouillons, deux potages, cataplasme sur le ventre.) Dans la journée du 3, elle est prise, à midi, de frisson, suivi de chaleur et d'une longue période de sueur. Le 4, à la visite, à laquelle je n'assistais pas, on constate qu'elle est sans fièvre, sans douleur abdominale. (Cataplasme, une portion.) — Le 6, pouls à 96, peau chaude; se dit bien; bon sommeil; les annexes des deux côtés sont volumineuses et dures; elle prétend ne pas y éprouver de douleur à la pression, pas de nausées, un peu d'appétit, lochies peu abondantes (20 sangsues de chaque côté au niveau des annexes; cat.; une portion). — Le 6. Les sangsues appliquées la veille ont beaucoup saigné, bon sommeil, peau fraîche. Mais le pouls est à 108, petit. Les annexes sont toujours volumineuses, la malade y perçoit un peu de douleur profonde lors de l'exploration; elle en souffrait plus hier, mais elle l'avait dissimulé de peur des sangsues. Langue toujours un peu blanche, pas de nausées, pas de frissons nouveaux, lochies toujours marquées (10 sangsues de chaque côté, frictions avec l'onguent napolitain; deux bouillons, deux portions). — Le 7. État bien meilleur en apparence; aucune douleur des annexes, qui sont moins volumineuses; pas d'altération de la face, qui est cependant un peu pâle; pas de nausées, pas de vomissements, mais le pouls reste à 108 : il est assez petit, la peau est chaude. (Continuer de larges frictions mercurielles; deux bouillons, deux potages.) Le 8, la malade dit être bien, et

cependant la peau est chaude, le pouls à 108, petit; la douleur des deux annexes est un peu revenue; la faiblesse est plus grande; depuis hier existe une diarrhée peu abondante, mais répétée; pas de nausées, pas d'appétit. (Vésicatoire sur l'hypogastre, frictions mercurielles sur le reste du ventre, sur les cuisses, sous les aisselles; quatre quarts de lavements avec 12 gouttes de laudanum dans chacun; quatre bouillons.) — Le 9, la diarrhée est diminuée, mais persiste, ainsi que la douleur abdominale, qui est même plus vive et moins limitée, nausées et regurgitations, bouche pâteuse, langue blanchâtre, face grippée, yeux excavés, faiblesse très grande, ventre ballonné, pouls petit, toujours à 108, peau moite, sans grande chaleur aux mains et aux bras, plus chaude sur le reste du corps. — Le 10, hoquets incessants, vomissements verts, porracés, très fréquents, langue cependant humide, diarrhée un peu moins abondante, ventre très volumineux, douloureux au toucher, respiration très accélérée, sommeil interrompu par des réveils en sursaut. Pouls toujours à 108 ou 112, très faible, face profondément altérée et grippée, yeux excavés, nez effilé, coloration rosée des pommettes, le reste de la face étant jaunâtre. (Eau de Seltz glacée, quatre quarts de lavement avec laudanum, gout. xij, frictions mercurielles, deux vins, quatre bouillons.) — Le 11, pas de hoquets, encore quelques vomissements et de fréquentes nausées, les yeux sont profondément excavés, la face plus effilée, plus pâle, couverte d'une sueur froide; 132 pulsations, pouls très petit, refroidissement des extrémités, ventre toujours très ballonné, toujours un peu douloureux à la pression, respiration très courte et très accélérée. (Même prescription.) — Elle meurt le 11, à cinq heures du soir.

A l'autopsie, le 13, à dix heures du matin, nous trouvons que l'épanchement, en tant que liquide, est médiocrement abondant et qu'il occupe surtout le petit bassin. Il est puriforme, jaunâtre, et des fausses membranes épaisses se remarquent au niveau de l'utérus et de ses annexes. Mais si l'épanchement est peu considérable, la totalité des anses intestinales est réunie par une couche pseudo-membraneuse épaisse et de formation récente, occupant surtout les rainures qui forment par leur accolement les anses intestinales distendues. Ces fausses membranes, qui réunissent les circonvolutions entre elles, se trouvent dans toutes les régions de l'abdomen. On en trouve d'analogues sur la face inférieure du foie et sur la rate. Les ovaires et les trompes, sur lesquels siégent des couches pseudo-membraneuses épaisses, n'offrent cependant aucune altération bien manifeste de leurs tissus. L'utérus est volumineux (12 cent. sur 12 cent. environ). Les annexes sont volumineuses au niveau de leur insertion. Des deux côtés, à ce même point, on

trouve dans la veine ovarique, dans la portion du sinus transversal antérieur et supérieur qui se joint à elle, comme aussi dans toute la partie supérieure des sinus latéraux qui viennent se réunir à cette même veine ovarique une quantité considérable de pus crèmeux, épais, presque concret, distendant tout le vaisseau, et non mélangé de sang. La lésion est on ne peut mieux exprimée. Le tissu utérin lui-même est sain. Nulle part ailleurs dans l'épaisseur de ses parois, même au niveau du col, on ne retrouve de veine chargée de pus. La surface interne de l'utérus est couleur de chair marbrée de rouge et tapissée de mucus sanguinolent, sans trace de gangrène ou de plaques diphthéritiques. Rien à noter dans le tissu sous-péritonéal; rien dans les grosses veines du bassin ou dans celles des membres; les lymphatiques ne sont altérés ni au voisinage de l'utérus, ni dans le reste de l'abdomen. Le foie est pâle; les grains jaunâtres sont très développés; aucune trace de pus dans cet organe. Les poumons sont complétement sains.

La forme ici, comme vous pouvez voir, mon cher maître, est assez profondément modifiée par la prédominance, à un moment donné, des symptômes de la péritonite généralisée. C'est cette coïncidence des phénomènes généraux graves avec ceux de la phlegmasie séreuse qui a fait prendre le change aux auteurs qui ont décrit cette dernière comme une lésion caractéristique de leur fièvre puerpérale. Vous voyez, par l'analyse un peu attentive des symptômes, qu'on peut éviter cette erreur et ne pas réunir sous cette dénomination collective et confuse de fièvre puerpérale tout ce qui se manifeste chez une femme en couches.

Dans l'exemple que je viens de citer, comme dans tous les faits qui lui ressemblent, et ils sont fréquents, la péritonite emprunte à l'infection purulente une prostration plus prompte, une certaine atténuation de la douleur et de l'âcreté du mouvement fébrile, ce qui dépend de l'altération qu'a déjà subie l'économie par le fait même de l'infection purulente; mais, d'un autre côté, la phlegmasie péritonéale dénature les manifestations symptomatiques de l'infection purulente, en y ajoutant les douleurs assez vives, les nausées, les vomissements, et une altération de la face qui diffère de

tous points avec l'apparence jaunâtre que l'on signale, à bon droit, comme un des phénomènes qui concordent avec l'altération du sang dans l'infection. Enfin, la péritonite ajoute un élément de gravité considérable, et elle provoque une terminaison funeste beaucoup plus rapide, comme on le lui voit faire, au reste, dans tous les cas où elle se présente à titre de complication, quels que soient le siége et la nature de la maladie primitive.

Les deux autres formes que j'ai pu distinguer se rapportent toutes deux aux faits dans lesquels j'ai trouvé les deux variétés de gangrène que j'ai décrites, l'une la gangrène ordinaire, l'autre qui se présente sous l'apparence de la pourriture d'hôpital (forme diphthéritique).

Afin de ménager tout à la fois votre patience et l'espace dont je puis disposer ici, je ne vous rapporterai pas ici en détail quelques-uns des nombreux exemples de ces formes que j'ai relevés. Dans la gangrène ordinaire, l'accouchement a d'habitude été très long ou a nécessité des manœuvres violentes, de là, l'attrition des parties. Les phénomènes généraux commencent de très bonne heure et offrent une forme adynamique beaucoup plus marquée que dans la simple infection purulente. La prostration est complète, la face pâle, altérée, sans être grippée comme dans la variété à prédominance péritonéale; la langue sort en tremblotant, est plus sèche, souvent encroûtée très promptement comme les dents et les lèvres, de fuliginosités variables en abondance et en épaisseur. La peau est chaude et quelquefois couverte d'une sueur visqueuse, le pouls très fréquent et filiforme. La voix est éteinte et saccadée, les mouvements sont tremblotants et incertains, la mort survient très promptement. C'est à cette variété que doivent être rapportés ces morts si rapides que citent les auteurs. Mais il faut bien remarquer que l'expulsion du fœtus ne doit pas être considérée comme l'époque du début de cet état; que souvent la maladie a commencé deux ou trois jours avant, alors que le travail

avait déjà duré beaucoup et que le mouvement fébrile existait et correspondait à la mortification des tissus non encore putréfiés ou pouvant même l'être déjà, comme je l'ai vu chez une femme qui, après quatre jours d'un travail infructueux, fut accouchée à l'aide du forceps et succomba six heures après cette délivrance artificielle. La prostration profonde, la fièvre vive, l'altération considérable des traits, qui avaient été observées avant l'emploi du forceps, comme aussi l'odeur fétide constatée à ce moment, correspondaient bien à la gangrène avec décomposition des tissus qui fut trouvée sur le cadavre.

Sans avoir toujours une conclusion fatale aussi rapide, la forme gangréneuse hâte notablement la mort qui survient alors souvent le second, le troisième, ou dans quelques exemples seulement le quatrième jour, selon la force, la résistance de l'économie, et selon aussi le degré d'étendue de l'altération et les complications qui peuvent survenir; car dans ces cas encore même alors que la maladie n'a duré qu'un jour, on rencontre du pus dans les veines utérines, du pus dans le tissu du col utérin, dans le tissu cellulaire qui entoure l'utérus, au niveau de sa réunion avec le vagin, une péritonite locale, des traînées de lymphatiques purulents, des gangrènes de la vulve et la suppuration des ovaires. Ce sont là, en effet, des circonstances qui doivent peser d'un certain poids pour la marche de l'ensemble auquel elles se rattachent et qui existaient à peu près toutes à titre de complications chez plusieurs de nos femmes.

Je trouve, en dépouillant mes observations, que la forme avec pourriture d'hôpital diphtéritique est généralement moins rapide que la forme gangréneuse simple. C'est d'ordinaire au milieu des phénomènes inflammatoires de la première période, ou même dans le cours de l'infection purulente qu'elle se manifeste. Elle ajoute alors beaucoup à la prostration, sans sidérer les forces aussi profondément que l'autre gangrène. La face est plus altérée que

dans l'infection simple, on observe plus de rêvasseries, je ne dirai pas un tremblement vrai, mais un tremblotement dans les mouvements et dans la langue, une fétidité extrême des lochies, constituées souvent par de la sanie d'un noir verdâtre. J'ai observé quelques femmes (3 ou 4) chez lesquelles cette pourriture a semblé ne se développer que vers le quinze ou seizième jour, alors qu'on croyait les malades guéries de la période inflammatoire qu'elles avaient présentée. Dans ces exemples d'infection coexistaient des abcès des ligaments larges et du pus dans les veines, mais les symptômes d'infection ne se dessinaient avec frisson violent que vers l'époque que je viens d'indiquer, l'affaissement devenait promptement très considérable, la face s'altérait profondément, en un mot, l'ensemble adynamique se prononçait, et l'écoulement lochial de jaunâtre devenait d'un vert noirâtre et très fétide. L'altération rencontrée à l'autopsie nous expliquait les phénomènes, confondus, surtout les premières fois, alors que mes études étaient plus incomplètes, avec ceux de la simple infection purulente auxquels nous trouvions cependant une gravité insolite.

Ces deux dernières formes, vous le voyez, mon cher maître, correspondent à ce qu'a dit de l'infection putride M. Hervez de Chégoin. Mais j'ai toujours constaté l'une des deux variétés d'altérations que j'ai signalées, et dont la signification me paraît très précise.

Ainsi donc chez la femme dont les suites de couches ne marchent pas régulièrement, les symptômes, pour résumer ce qui précède, se présentent de la manière suivante :

Un gonflement douloureux est perçu du côté des annexes, même alors qu'il n'existe aucune douleur spontanée de l'abdomen, aucun mouvement fébrile. Peu après la douleur est ressentie par la femme dans le bas-ventre lors des mouvements, lors de la toux; la fièvre s'allume, l'appétit est nul, la langue est blanchâtre,

la soif vive. Puis, après que cette période a duré plus ou moins longtemps — et elle est quelquefois très courte et faiblement esquissée — un frisson violent éclate, et les phénomènes à forme typhoïde que j'ai indiqués avec tous les auteurs viennent établir la présence de l'infection purulente démontrée surabondamment plus tard par les abcès des membres ou des articulations et par les abcès métastatiques survenus vers les divers organes, abcès qui déterminent cependant très rarement des symptômes propres à déceler leur présence.

Que si une péritonite généralisée éclate à un moment quelconque de cette affection, même près de son début, les symptômes propres à la phlegmasie péritonéale se greffent sur ceux de l'état général que détermine l'infection purulente, et la situation sensiblement aggravée par cette redoutable complication, conduit beaucoup plus vite à une issue mortelle.

Lorsque la longueur du travail ou les manœuvres violentes mises en œuvre pour le terminer ont produit l'attrition des parties, de graves phénomènes adynamiques ou ataxo-adynamiques couvrent plus ou moins complétement la totalité des symptômes et dénotent une gangrène traumatique très promptement mortelle, laquelle, il faut bien le remarquer, peut avoir commencé depuis plusieurs jours avant l'expulsion du fœtus, comme on le voit dans les cas très rapidement funestes.

Dans d'autres exemples, enfin, les phénomènes sont d'abord ceux de la première forme, puis ils prennent pendant leur cours une apparence adynamique qui est cependant moins profonde, moins aiguë, moins rapide dans son issue que lors de la gangrène simple. C'est là le fait du développement de la pourriture d'hôpital sur la plaie utérine et sur différents points des parties génitales qu'elle couvre de plaques diphthéritiques.

Voilà ce que les faits observés avec soin et interprétés non plus

à l'aide de données pathologiques restreintes et par trop spécialisées, mais à l'aide de la comparaison avec le reste des affections que la clinique fait passer sous nos yeux chaque jour, voilà, dis-je, ce que les faits m'ont démontré.

Comme vous le voyez, ce n'est pas autre chose que le développement de cette formule : la femme en couches est un blessé; tout procède de la plaie utérine qui est nécessaire à la production des accidents, lesquels sont identiques à ceux que l'on rencontre chez les blessés, car, encore une fois, la complication péritonéale est déterminée par le siége de la blessure, et cette complication n'est pas rare dans les opérations chirurgicales pratiquées sur l'utérus.

Je n'ai pas mêlé à ce tableau les complications tout à fait secondaires qui dépendent de la constitution médicale régnante, telles que l'embarras gastrique que j'ai observé chez nos femmes en couches, alors que je le retrouvais chez nos autres malades, et qu'il constituait même la seule cause de leur entrée à l'hôpital. Cette complication, dont on a eu l'étrange idée de faire une forme de la prétendue fièvre puerpérale, facilement guérie alors par un vomitif (ce qui ne m'étonne nullement et ne vous étonnera pas non plus), ne mérite pas un tel honneur et ne pouvait prendre une telle importance que dans les hôpitaux tout à fait spéciaux, dans lesquels ne se trouvaient pas simultanément d'autres malades capables d'éclairer sur la valeur du groupe de symptômes surajoutés à ce que pouvait produire le traumatisme utérin.

Dans les quatre formes symptomatiques que les faits m'ont conduit à établir, la première est celle qui correspond à la prétendue fièvre puerpérale pure, mais seulement par la seconde période (laquelle, je le répète, ne peut être séparée de la première sans un arbitraire tout à fait inacceptable). Elle n'est autre chose que la traduction de l'infection purulente consécutive à la phlébite

utérine, dont les premiers symptômes sont méconnus ou mal étudiés.

Permettez-moi maintenant, mon cher maître, de rectifier, comme je vous disais dans ma dernière lettre, quelques points du discours qui a occupé la séance du 11 mai 1858 à l'Académie de médecine. Je suis profondément reconnaissant à l'orateur d'avoir bien voulu me traiter avec la bienveillance qu'il m'a montrée, un témoignage d'estime donné publiquement par un tel homme m'a récompensé dignement, je vous assure, des quatre années de labeur opiniâtre que j'ai consacrées à l'étude clinique de la question qui nous occupe. Toutefois il y a eu, dans ce qu'il a dit, une confusion que je regrette, et dont je suis la cause : le chiffre de 853 femmes qu'il a présenté comme le chiffre total des accouchements dans mon service de 1854 à 1858, est, non pas le chiffre total des accouchements, mais seulement le chiffre indiquant le nombre des femmes qui sont accouchées depuis le milieu de l'année 1855, c'est-à-dire depuis que j'ai appris à rechercher la présence du gonflement douloureux des annexes, et chez lesquelles j'ai vérifié l'absence ou la présence de ce signe et ses rapports avec l'état ultérieur de maladie. Cette confusion modifie sensiblement le résultat. Comme j'ai eu l'honneur de vous le dire en commençant ces lettres, du mois d'octobre 1854 au mois de février 1858 il est accouché dans mon service 1,327 femmes et non 855 ; sur ces 1,327 femmes, 72 ont succombé aux suites de leurs couches, ce qui change, comme vous voyez, la proportion, et ne me rend pas plus actif à dépeupler la France que tel autre de mes collègues. Je pourrais ajouter que, sur ce nombre, 39 femmes figurent pour la seule année 1857, et que peut-être la malhabileté, dont l'orateur a pris soin de m'exonérer, a joué un rôle assez considérable dans la production d'un tel résultat; car je vois que le forceps a été appliqué 6 fois, que 3 autres fois on a eu recours à des manœu-

vres actives, que même 1 fois on a débridé le col utérin, toutes actions qui d'ordinaire sont plus rares dans notre hôpital, et qui ne sont pas de mon fait personnel.

Je pourrais encore dire, pour expliquer le chiffre très élevé des décès dans cette année 1857, que j'ai compté par délicatesse comme mortes dans le service, des femmes qui, sorties en bon état, sont venues mourir trois ou quatre semaines après dans un service voisin, sans que les autopsies aient été faites, et que si je dépouille les observations des femmes mortes en cette année 1857, j'en trouve 13 seulement dans lesquelles la malhabileté ou le peu d'assiduité de certains aides n'a pas joué de rôle actif, et dans lesquelles ne sont pas survenues des complications graves, qui, telles que l'éclampsie, rendent souvent toute tentative infructueuse, et placent la femme en dehors des données habituelles. Mais je ne veux nullement présenter toutes ces petites récriminations. J'ai voulu purement rétablir les chiffres. Je vous demanderai encore la permission d'ajouter que les chiffres, fussent-ils ce qu'une confusion dont je suis l'auteur avait fait croire à l'orateur, auquel je prends la liberté de répondre, cela ne prouverait absolument rien contre la doctrine que je soutiens. Cela voudrait uniquement dire que j'aurais été en présence de ces faits ou maladroit ou malhereux, voilà tout. Mais cela n'est pas un argument contre la doctrine de l'infection purulente, suite de phlébite ; cela ne prouve pas que le signe local n'a pas de valeur nosologique et qu'il n'indique pas le point de départ local et utérin. Autre chose est un résultat thérapeutique ou une interprétation nosologique.

Voilà tout ce que je voulais dire sur le discours dont j'ai pris la liberté de rectifier un point purement arithmétique. Laissez-moi ajouter, en toute franchise, que, tout en circonscrivant plus nettement la spécificité qu'il admet, l'orateur ne me paraît pas

encore l'avoir assise d'une façon à en faire un dogme pathologique.

Recevez, cher maître, avec tous mes remercîments, l'expression de mon dévouement bien affectueueux,

BÉHIER.

Douzième Lettre.

Mon cher maître,

Les quatre formes principales dont je vous ai donné rapidement le tableau symptomatique d'après ce que j'ai observé chez les femmes qui ont succombé à la suite de leurs couches, démontrent déjà par leur existence même qu'il est impossible d'accepter que la maladie des femmes en couches soit une individualité morbide particulière, distincte de toutes celles qui existent déjà dans les cadres nosologiques. Loin de constituer un état morbide unique, ce qu'on observe est un état complexe, et c'est, comme je l'ai déjà dit plus haut, à ce mélange de lésions et de systèmes variés qu'il faut rapporter une grande partie des erreurs et des confusions professées sur cette question.

Il s'en faut donc de beaucoup que cette multiplicité de lésions, ainsi que MM. Guérard et Depaul ont voulu le donner à entendre, démontre l'essentialité de la maladie ; on doit reconnaître, au contraire, que cette multiplicité même repousse l'existence d'une maladie particulière distincte et qui puisse être délimitée avec ses caractères propres, puisque l'analyse rigoureuse de cet état complexe et variable établit clairement qu'à chaque lésion un peu importante correspondent des symptômes en rapport avec elle, lésions et symptômes qui se rencontrent ailleurs avec les mêmes rapports et avec la même forme, en dehors de la puerpéralité.

Cette opinion n'est, du reste, pas nouvelle; elle était en parti-

culier celle de Désormeaux (voyez *Dictionnaire en* 21 *volumes*, article PUERPÉRALE (FIÈVRE). C'est aussi celle que mon honoré maître, M. le professeur Velpeau, a soutenue devant l'Académie avec quelques nuances, pour lesquelles les faits me séparent de lui. Ainsi, après avoir établi, avec toute l'autorité de sa parole, le point de départ utérin des divers accidents que l'on rencontre chez les femmes en couches, mon honorable maître conclut que la fièvre puerpérale est une péritonite qui se complique souvent de métrite et de phlébite. Et, pour lui, la manifestation d'une péritonite, dans les circonstances que présente la femme en couches, lui paraît parfaitement suffisante pour rendre compte de l'invasion et du développement de la fièvre puerpérale. Je ne répéterai pas, à propos de cette opinion, ce que j'ai dit plus haut touchant la subordination de la péritonite aux accidents utérins, mais je ferai remarquer qu'il y a entre plusieurs parties du discours, dont je prends la liberté d'examiner quelques points et sa conclusion même, une certaine confusion. Assurément, la péritonite, tout en étant subordonnée, est l'accident prédominant dans certains cas, celui qui, tout d'abord, frappe les yeux de l'observateur, celui même qui accélère la mort de la malade. Mais que devient cette théorie dans les exemples où on ne trouve aucune trace de péritonite, et dans lesquels les malades succombent à peu près à coup sûr? Est-ce qu'on n'a pas alors affaire à la prétendue fièvre puerpérale? Mais, au contraire, il faut bien le remarquer, ce sont là les cas du type le plus pur, des cas qui présentent les symptômes attribués plus particulièrement par l'école de la Maternité à la maladie dont elle soutient l'essentialité, et dont cet ensemble constituerait les caractères, cela en l'absence de toute péritonite. J'ai observé dix faits de ce genre qui ont présenté les symptômes de la première forme que j'ai délimitée, symptômes dont la seconde période est de tous les points, comme je l'ai démontrée, semblable

à ce qui est observé dans les cas d'infection purulente. M. le professeur Velpeau ne veut pas que cette infection purulente soit acceptée comme cause des symptômes observés, parce que, selon lui, chez les opérés, cette infection ne se manifeste pas avant le troisième ou le quatrième jour après l'opération; or, dit-il, la fièvre puerpérale se montre quelquefois le lendemain de l'accouchement. C'est déjà quelque chose de différent de ce que disait à ce sujet M. Depaul, qui affirmait que *jamais* l'infection purulente ne débute avant le huitième ou le dixième jour. Mais je ferai remarquer à mon très affectionné maître que ces mots « la fièvre puerpérale se montre quelquefois le lendemain de l'accouchement » sont très vagues. Quelle forme se manifeste aussi rapidement? Est-ce la forme péritonéale ou la forme gangréneuse? Sur ces points nous tombons d'accord; mais si c'est de la forme sans péritonite, sans gangrène qu'il entend parler, nous différons de sentiment. Je n'ai pas vu que cette forme fût si prompte dans son apparition, quant au frisson dit initial et quant au développement des symptômes du groupe typhoïde, le seul qui, selon M. Dubois, constitue la maladie qu'il appelle fièvre puerpérale. Mon vénéré maître, en considérant la terminaison fatale et le moment où elle a lieu, trouve encore là un motif pour repousser l'influence de l'infection purulente, parce que, selon lui, dans l'infection purulente la mort n'a lieu qu'après que la malade a langui pendant six, douze et même quinze jours, tandis que ce n'est pas ainsi, dit-il, que l'on meurt de la fièvre puerpérale. Or, j'avais l'honneur de vous le dire dans ma dernière lettre, dans la première forme que j'ai admise, et dans laquelle n'existent ni péritonite, ni gangrène, ni pourriture d'hôpital, la mort ne survient que du dixième au seizième jour, puisque dans le cas où une femme a succombé le troisième jour, elle a éprouvé des phénomènes de convulsions qui ont positivement hâté la mort. Certes, si mon cher maître,

M. Velpeau, avait établi des distinctions rigoureuses entre les différentes formes qui peuvent être observées chez les femmes en couches, au lieu de les réunir toutes sous la désignation peut-être un peu banale de fièvre puerpérale, il n'aurait pas refusé à l'infection purulente une part dans la production des phénomènes.

C'est donc elle, au contraire, qui produit l'ensemble fondamental observé quand n'existe aucune des complications que j'ai signalées, complications très fréquentes, et qui sont, comme la péritonite, tout à fait prépondérantes dans beaucoup d'exemples, mais qui n'en sont pas moins de simples complications, puisque, avec elles, j'ai toujours trouvé les lésions de l'autre forme (le pus dans les veines et parfois les collections des membres), et qu'on observe aussi les symptômes qui appartiennent à cette dernière, même sous le voile, dont la complication les couvre par sa prépondérance.

Enfin, j'ajouterai qu'il s'en faut de beaucoup que, dans les 52 exemples que M. le professeur Velpeau a bien voulu m'emprunter, la péritonite ait été aussi généralisée, et partant, aussi importante qu'il semble le croire, puisqu'elle a été 28 fois tout à fait limitée aux organes utérins et à leur voisinage immédiat, sans symptômes péritonéaux bien marqués.

Je n'ai donc pas observé, pour ma part, une prédominance aussi habituelle et aussi grande de la péritonite. En outre, dans le fait unique où je l'ai constatée comme seule maladie, elle a été ce que sont toutes les péritonites ordinaires, et n'a rien présenté du tout de spécial. Elle a été ce qu'elle est toujours quand elle se manifeste sous forme de phlegmasie secondaire ; si dans les autres exemples la péritonite offre une apparence particulière, ce n'est pas qu'elle soit alors d'une nature spéciale, comme l'a dit M. Velpeau, ou d'une nature spécifique, comme l'a avancé l'autre disciple de l'école de Tours, c'est parce qu'elle est mêlée à un état

qui modifie ses expressions, sans autre spécificité que l'influence du pus qui infecte le sang.

Je me livre tout entier comme vous voyez, mon cher maître, aux foudres de notre excellent ami M. Pidoux, dont je lis encore en ce moment une sortie bien violente contre l'opinion que je soutiens. Tout en le lisant, je m'étonne du degré de confiance qu'il faut avoir en sa propre infaillibité pour parler, comme il le fait, des doctrines qu'on attaque. « Hors de cet esprit, s'écrie-t-il, après avoir énoncé une proposition tout au moins fort discutable sur les propriétés du système circulatoire, « hors de cet esprit la » métastase est une grossièreté qu'il est temps de laisser aux ma- » trones. Elle suppose précisément ce qui est en question, le pus. » La phlébite injectant son pus dans le torrent circulatoire, et fai- » sant ainsi une maladie de toutes pièces, mais c'était bon il y a » tantôt quarante ans ! Aujourd'hui, nos Externes n'en veulent » plus. Échappant tous les jours aux naïvetés de la médecine » basée sur l'anatomie de Boyer ; imbus déjà de quelques notions » d'embryologie, d'anatomie comparée, d'histologie qui font entrer » dans leur esprit la notion de la vie propre des parties à l'infini, » ils ne considèrent plus le système circulatoire comme une ma- » chine à charrier passivement le sang et toutes les saletés qu'y » déverse sans se gêner l'humorisme, mais comme formant lui- » même toutes les altérations dont il est susceptible dans l'im- » mense réseau de ses cavités essentiellement solidaires..... »

Voilà, je l'espère, des aménités d'un goût bien épuré, et dans l'École..... comment l'appellerai-je?.... dans l'École..... Ma foi qu'il me le pardonne..... dans l'École de mon ami M. Pidoux on parle sec et même un peu cru. A-t-il bien en vérité grande autorité pour le faire. Qu'est-ce qu'il reproche donc à la doctrine de la phlébite, cette *grossièreté irremédiable, vieille de quarante ans*, etc., etc., etc. Il lui reproche tout bonnement, sous un langage

hypothétique, de ne pas tenir compte de l'aptitude qui doit exister dans l'appareil circulatoire pour la formation purulente.

Mais, en vérité, est-ce que ce n'est pas là un peu comme le titre de la comédie de Shakespeare : *Beaucoup de bruit pour rien!* A quelque doctrine qu'on se rattache, on est obligé d'admettre que l'aptitude individuelle a un rôle capital dans la production de la maladie, et que cette aptitude se généralise dans les cas où une même forme morbide s'applique à un grand nombre d'individus en même temps, ce qu'on a appelé épidémie. C'est là un sous-entendu nécessaire. Si la maladie ne se produit pas, c'est que l'individu n'était pas apte à devenir malade. Tel individu a été pris de telle maladie, parce qu'il était apte à en être atteint. Il faut bien admettre cela, même quand on ne peut montrer ni comment ni pourquoi. La doctrine de la phlébite, comme toutes les autres, admet que les femmes qui sont prises d'un état de maladie après leurs couches, le sont parce qu'elles étaient aptes à devenir malades, que celles qui suppurent étaient aptes à suppurer, etc. Je l'admets tout à fait; seulement, je n'oserais beaucoup insister sur ce point, de peur de ressembler un peu trop à un frère d'armes de M. de la Palisse. Cette aptitude, tout le monde l'accepte, mais comme on accepte un fait principe, on se garde d'habitude de se prononcer sur ce qu'elle est; car on ne le sait pas. On sait seulement qu'il faut qu'elle soit. M. Pidoux veut qu'elle consiste en « une sympathie de suppuration entre le vaisseau malade et le reste du système vasculaire, » et ensuite « en des éléments congénères aptes à recevoir et à développer le ferment..... » En conscience, c'est là une pure supposition. Pour en faire une doctrine, il faut des preuves. Il faudrait démontrer qu'il existe, chez les femmes qui deviennent malades, une altération du sang antérieure à leur maladie; et bien entendu il ne s'agit pas ici de l'état de chloro-anémie rencontré dans la grossesse, lequel ne

fait question pour personne, mais n'a nullement trait au point qui nous intéresse ici. Il faudrait dire en quoi cette altération consiste, et comment elle explique le développement de la maladie. Mon bon ami M. Pidoux affirme que cela est, qu'il y a des sympathies, des éléments congénères; et, pour le dire en passant, quand il affirme cela, il se range tout à fait du bord des essentialistes, auxquels il fait parfois aussi la grosse voix; moins grosse toutefois que celle qu'il emploie pour gourmander « ces grossiers anatomistes de » l'anatomie descriptive, même générale, laquelle est mortelle à » la médecine, et ces grossiers humoristes. » Mais cet état du sang, rempli d'éléments congénères aptes à recevoir le ferment, démontrez-le donc, fût-ce même avec votre anatomie d'évolution. Quand vous voulez pénétrer plus avant et analyser le fait principe, vous manquez de tout moyen de contrôle et de tout élément de démonstration; vous remuez de pures hypothèses, auxquelles les esprits grossiers ont le droit de demander, sous la forme la moins grossière qu'il leur est possible, comment elles entendent devenir des preuves, elles qui prétendent faire passer un fait inexpliqué à l'état de doctrine, c'est-à-dire à l'état d'explication précise.

Nous autres partisans de la phlébite, nous ne pensons pas que l'appareil circulatoire soit seulement destiné à charrier passivement le sang et toutes les *saletés* qu'y déverse sans se gêner l'humorisme (autre aménité de notre honorable ami); mais avouer que nous n'avons pas trop tort de croire que la *phlébite non coagulante, suppurée* puisse introduire dans la masse sanguine du pus ou quelques-uns de ses éléments, puisque vous lui faites jouer vous même un tel rôle. Ne dites-vous pas plus loin :

« Quand la disposition pyogénique du sang existe, et qu'une » phlébite non coagulante et suppurée introduit dans la masse, » prête pour la fermentation purulente, du pus ou quelques-uns

» de ses éléments, cette sorte d'inoculation du sujet par lui-même
» peut aggraver la fièvre..... Mais l'imprégnation produite par le
» pus d'une veine suppurante....... suppose deux choses insépa-
» rables : d'abord une sympathie de suppuration entre le vaisseau
» malade et le reste du système vasculaire; ensuite, des éléments
» congénères aptes à recevoir et à développer le ferment et la
» semence..... L'unité de la fièvre puerpérale est inconcevable
» sans leur réunion. »

Comme vous le voyez, mon cher maître, cela veut dire tout simplement, si nous dépouillons la pensée de M. Pidoux de sa forme purement hypothétique, que la phlébite suppurée détermine l'infection purulente chez les individus aptes à la subir. J'ajouterai, d'aileurs, que je ne suis nullement soucieux de sauvegarder l'unité de la fièvre puerpérale, moi qui ne l'accepte pas à titre d'entité morbide.

Cette si vieille doctrine de la phlébite n'a pas, du reste, tous les torts que M. Pidoux met à son compte; il aurait peut-être dû ne pas lui prêter d'idées fausses qu'elle ne formule nulle part, et mettre envers elle d'autant plus de délicatesse à bien l'interpréter qu'il s'adresse à une grossière personne : « Elle suppose, dit-il, » précisément ce qui est en question, le pus. » Mais permettez, elle ne le suppose pas, elle le montre. Qu'est-ce donc qui se forme dans les veines du bras après une saignée malheureuse, si ce n'est du pus, et cela même alors qu'aucun phénomène d'infection purulente ne se manifeste. C'est si bien du pus, qu'on est obligé de lui donner issue dans ces cas d'abcès intra et péri-veineux, lesquels, pour le dire en passant, éclairent sensiblement sur la formation des abcès des ligaments larges et de la fosse iliaque, produits par le même mécanisme, comme j'ai pu le constater.

L'inflammation de la veine peut donc, comme toute inflammation, produire du pus localement. Mais cela ne prouve pas qu'il

y ait une disposition pyogénique générale. Maintenant, en vertu de circonstances tout à fait inconnues que vous appellerez sympathies de suppuration, présence d'éléments congénères, mots qui cachent fort mal une ignorance absolue, en vertu, dis-je, de circonstances sur lesquelles je dis moi, bien naïvement, que je ne sais rien, que je ne connais rien, il arrive que la maladie, loin de se limiter, comme dans le premier cas, à une adhésion des parois, loin de circonscrire le pus comme dans le second, permet le mélange de ce liquide avec le sang. Cela est un troisième fait d'un ordre différent, comme les symptômes qui se manifestent alors sont différents des premiers. Mais le pus, localement produit par le fait d'une inflammation locale, n'est pas une supposition; c'est une réalité et même une réalité bien mieux démontrée que vos sympathies et vos éléments congénères.

Je sais bien que mon excellent ami, M. Pidoux, dans son paragraphe LXVIII, cherche à établir l'innocuité relative et presque absolue des injections de pus dans les veines d'un animal sain et trouve que cette injection ne détermine pas une maladie mais « un simple accident plus ou moins intense, quand toutefois » elle détermine quelque chose. » J'avoue, moi, qui ai l'esprit grossier et encore empreint de naïvetés et qui suis peut-être « ahuri par le Baconisme, » qu'en voyant les expériences de MM. Ducrest et Castelnau, expériences précises et non hypothétiques, je suis loin d'être si fier envers la pénétration du pus dans « le torrent de chair coulante. » Je ne m'exposerais pas sans une certaine crainte à cet accident, et malgré ma confiance en M. Pidoux, je serais bien malheureux si mon excellent ami, plein de conviction dans cette innocuité des injections purulentes, m'offrait de l'aider dans une expérience qu'il tenterait sur lui-même, dût-il même n'injecter dans ses veines que ce pus que MM. Vulpian et Tarnier prétendent ne pas être du pus véritable.

Il faut bien remarquer en outre que, dans la doctrine de la phlébite, le pus qui s'est produit localement, est développé spontanément, par le fait d'un état de maladie; cela rentre bien dans la spontanéité et dans la succession de phénomènes que réclame M. Pidoux pour faire une maladie; cela pourrait aider à comprendre la rapidité des accidents ultérieurs, sans « manquer pour cela de tenue et d'estime pour nos principes. » Mais cela ne démontre pas le moins du monde l'altération générale du sang et même de l'organisme tout entier que mon honorable ami admet comme un fait positif et nécessaire.

Je m'arrête, car certainement il faudrait refaire beaucoup d'articles à propos de beaucoup de paragraphes de M. Pidoux. Il s'est donné bien de la peine, il me semble, pour se trouver d'une opinion qui ne soit ni l'une ni l'autre de celles qu'il voyait reproduire. J'ai quelque crainte qu'il ne se soit fait illusion à lui-même. Il ne s'est pas placé, ce me semble, dans la position que vous avez assignée, mon cher maître, à un de nos bons collègues, un pied dans chaque camp, mais en voulant se tenir en équilibre entre les deux, j'ai peur qu'il ne soit tout bonnement tombé tantôt dans l'un, tantôt dans l'autre. Ce sur quoi je me permets d'insister, c'est sur la nécessité de ne pas être si dur à ses voisins, quand il pourrait se faire qu'on ait peut-être besoin d'un certain degré d'indulgence pour soi-même. Avec une telle forme de discussion, Dieu sait ce qu'on serait amené à dire si on se mettait au diapason de notre excellent collègue. Je souhaite beaucoup, au reste, que ses Externes qui ne veulent plus des grossièretés si rétrogrades et si vieilles de la phlébite avec infection purulente, et qui les laissent aux matrones, se tirent plus facilement de sa doctrine; il est vrai qu'ils ont, pour y arriver, « quelques notions d'embryo-
» logie, d'anatomie comparée, d'histologie, faisant entrer dans
» leur esprit la notion de la vie propre des parties à l'infini. »

Au point où je suis arrivé après toutes les remarques qui précèdent et que j'ai déduites de l'examen seul des faits, je crois qu'il m'est permis, mon cher maître, de répéter ce que j'avais l'honneur de vous dire en commençant ces lettres, savoir : *que les accidents observés chez les femmes en couches ne sont pas d'un ordre spécial, sans analogues dans la pathologie, qu'ils sont nettement expliqués par des lois applicables à d'autres affections non puerpérales et que la fièvre puerpérale n'existe pas à titre de maladie distincte, délimitée et essentielle.*

Tous ces accidents et toutes leurs complications sont de tous points semblables à ceux que pourrait déterminer une opération chirurgicale pratiquée sur l'utérus. Quant à refuser aux phénomènes qui s'accomplissent à l'intérieur de l'utérus au moment de l'accouchement toute similitude avec une plaie utérine, j'avoue que je ne vois rien qui s'oppose à cette désignation, surtout au point de vue qui nous occupe. Est-ce que les vaisseaux si nombreux qui se trouvent au niveau de l'insertion du placenta ne se déchirent pas lors du détachement de ce dernier? Est-ce que les sinus ne restent pas divisés et même parfois béants à ce niveau? Est-ce que la surface interne de l'utérus tout entière n'est pas en quelque sorte dénudée? On nous dit bien que l'on a fait observer que le fruit mûr se détache sans laisser de plaie sur la branche qui l'a porté. Mais en vérité cela n'a jamais pu passer pour une remarque sérieuse, et cela est très peu applicable au sujet qui nous occupe? C'est purement un abus d'analogie, c'est purement une phrase, c'est purement un rapprochement spécieux, et malgré cela la rupture des vaisseaux au niveau du placenta n'en est pas moins très réelle, et l'état de l'intérieur de l'utérus n'en doit pas moins être pris en très sérieuse considération.

Les points qui sont relatifs à l'étiologie de la maladie ont été bien diversement débattus. Je dois avouer, après l'examen des diverses

opinions émises dans la discussion, qu'il n'en ressort pour moi rien de clair, rien de démontré. Du reste, cela ne m'étonne nullement, car il n'y a que les points obscurs qui soulèvent les controverses, parce qu'il n'y a qu'eux qui n'admettant pas de moyens de démonstration très évidents, permettent de substituer des fantaisies sous forme d'hypothèses plus ou moins inacceptables, à la saine et rigoureuse interprétation des faits.

Ceux que j'ai observés m'ont-ils éclairé sur cette partie du sujet?

De tous ces points étiologiques la contagion est certainement celui qui a le plus appelé l'attention. Cela est tout simple, car, d'une part, la démonstration de la contagion ou de la non contagion conduit à des indications précieuses pour la prophylaxie. D'autre part la contagion, si elle était une fois démontrée, constituerait un grand argument en faveur des essentialistes. Aussi est-il certains d'entre eux qui la tiennent pour démontrée d'une façon invincible sans l'avoir établie cependant le moins du monde. Jusqu'à présent elle est sortie bien amoindrie de la discussion. Dans la collection de faits que j'ai été à même de relever, aucun n'est venu montrer une contagion évidente ou même n'a été de nature à me la faire soupçonner. Des femmes sont restées d'habitude indemnes à côté des pauvres voisines mourantes ; la maladie éclatait sur les points les plus opposés de la salle : nous n'avons même pas vu de ces coïncidences par suite desquelles certains lits semblent plus habituellement frappés que d'autres. Nous n'avons rien remarqué touchant cette influence si délétère attribuée aux autopsies. J'ai perdu en ville des malades alors que je n'en avais aucune à l'hôpital, et alors que je n'avais par conséquent fait aucune autopsie. Je n'ai donc pas même vu de ces coïncidences dont mon honorable ami M. Depaul à l'Académie a fait, bien à tort selon moi, des exemples de contagion. Nous n'avons pas même

vu que ce mode de développement de la maladie pût être invoqué dans les cas où existait la forme de pourriture d'hôpital que j'ai décrite. Là, pas plus que dans les opérations de fistules venio-vaginales sur lesquelles cette complication a été si bien observée par mon excellent maître M. le professeur Jobert de Lamballe, elle n'a paru contagieuse.

Les saisons, les variations de température ne m'ont rien offert non plus que je pusse noter, non plus que l'encombrement, comme j'ai eu l'honneur de vous le faire voir plus haut. Non, la cause en vertu de laquelle à un moment donné les femmes, au lieu de voir toutes leurs couches suivre une marche régulière, étaient prises d'accidents presque toutes, cette cause, dis-je, nous a toujours complétement échappé. La différence des faits observés prouve bien qu'il y a une influence variable, mais en quoi consiste-t-elle? Je l'ignore complétement; c'est là ce qu'un auteur a appelé la spécificité; je me suis prononcé sur cette désignation. Je dis tout simplement je ne sais pas, et je crois très fermement que cette ignorance ne m'est pas personnelle, mais je la confesse en toute humilité. Le seul point que j'aie pu relever c'est la coïncidence habituelle d'accidents analogues dans les salles de chirurgie de l'hôpital, bien que les pavillons à Beaujon soient très isolés les uns des autres, et la coïncidence des épidémies semblables dans les hôpitaux spéciaux, avec la répétition des manifestations maladives dans mon service.

Les manœuvres violentes, la version, l'application du forceps, la délivrance par introduction de la main, la très grande longueur du travail figurent pour une part assez considérable au nombre des circonstances qu'on peut invoquer comme ayant paru favoriser le développement des accidents; mais il faut bien noter toutefois que ceux-ci ont existé aussi en dehors de ces circonstances particulières.

J'arrive au traitement, et ici, mon cher maître, je vous demande

la permission de vous faire remarquer qu'il ne faut pas prendre, pour juger la valeur de ce que je vais dire, les chiffres de mortalité que je présente. La statistique que j'ai donnée est de la plus grande exactitude. Ce n'est pas une de ces statistiques de la ville, ces billevesées sans valeur dont l'Académie elle-même sait bien l'inanité, elle qui a eu tant de peine à formuler un règlement pour la constatation de la cause des décès, règlement dont l'efficacité reste très problématique. Les chiffres que je produis je les ai donnés avec une pleine franchise, ce premier devoir scientifique, mais il faut bien remarquer que dans tout le cours de mes observations je ne marchais pas sur un terrain connu, je n'avais pas la netteté d'allure qu'on prend dans des circonstances bien appréciées. Je procédais à une étude et j'avais à subir les hésitations, les doutes, la peur de l'exagération. Cette dernière surtout m'a beaucoup gêné et m'a beaucoup nui. Voici comment.

J'ai promptement acquis la conviction, que je conserve, que le traitement des accidents dont les femmes en couches sont atteintes, n'était possible que tant qu'elles n'avaient pas éprouvé le frisson qui, selon l'école de la Maternité, indique le début de la maladie, et, selon moi, le début de l'infection purulente; une fois cette terminaison survenue, on a beau panser les femmes, Dieu les guarit rarement, si jamais même il les guarit. C'est avant cette terminaison de la maladie, qu'il faut agir et agir énergiquement, afin de l'empêcher. C'est pour arriver à ce but, que la connaissance du signe local me paraît véritablement très utile au point de vue pratique. Une fois qu'on le constate, il faut agir nettement.

Le premier moyen auquel je me suis adressé, ce sont les émissions sanguines locales; elles doivent être vigoureusement menées. Quarante à soixante sangsues doivent être appliquées sur le ventre, vingt à trente de chaque côté. On doit y revenir coup sur coup, c'est-à-dire ne pas attendre vingt-quatre heures pour y revenir, quand la première application n'a pas

diminué nettement la douleur et le gonflement. J'ai posé, à certaines femmes qui offraient ainsi des accidents graves et des plus menaçants, jusqu'à cent cinquante ou deux cents sangsues en deux ou trois jours, et je les ai vues guérir. Il faut certaines précautions dans l'emploi de ce moyen. D'abord, il importe de le mettre en œuvre de bonne heure, sans marchander; ce ne sont pas les accidents présents qu'il faut avoir en vue quand on agit, mais bien ceux qu'on doit redouter. Telle femme n'avait aucun phénomène fébrile, mais présentait un gonflement très marqué de l'une des annexes à laquelle j'ai fait de larges applications de sangsues. Les femmes en couches les supportent mieux qu'on ne le pense et surtout que ne le dit l'école de la Maternité. Il a été bien rare que ces émissions sanguines locales, même très abondantes, aient diminué sensiblement la sécrétion lactée ou l'écoulement des lochies. Ces deux phénomènes ont toujours persisté pendant l'emploi de ce moyen, qui même, dans certains exemples, a paru favoriser les deux sécrétions. L'anémie est le seul résultat fâcheux de l'emploi des émissions sanguines; elle survient assez vite, et d'autant plus vite qu'elle existe déjà toujours plus ou moins chez les femmes, par le fait de la grossesse. Mais qu'est-ce que l'anémie en présence du danger terrible qui menace les femmes, et qui de nous n'accepterait pas leur guérison au prix même d'une anémie profonde? J'ajouterai que cette anémie disparaissait assez facilement sous l'influence des préparations ferrugineuses.

Il importe aussi beaucoup, tout en faisant ces émissions sanguines locales, de soutenir les forces de la femme. L'alimentation doit être assez rapidement menée, à moins d'indications contraires : le premier jour, je prescris deux bouillons et deux potages; le second jour, souvent une portion, puis, les jours suivants, deux et même trois portions.

13

Enfin si le frisson se manifeste, il faut cesser complétement toute émission sanguine. Elles seraient plus nuisibles qu'utiles. J'ai constaté plusieurs fois ce triste résultat, alors qu'au milieu du découragement que me donnait le frisson que je n'avais pu empêcher, je cherchais les moyens d'action qui m'échappaient.

J'ai employé les émissions sanguines locales sur 475 femmes en dehors de celles que j'ai vues succomber; sur ces 475 femmes, 132 ont présenté des phénomènes très graves, et ont dû subir des applications de sangsues nombreuses et répétées. Un nombre assez considérable d'entre elles, j'en suis parfaitement convaincu, auraient succombé sans ce traitement très énergique. Elles étaient prises en même temps que d'autres qui succombaient, et alors que le nombre des femmes malades était très considérable en ce même moment. Sur les 343 autres femmes qui ont éprouvé des accidents plus légers ou plus promptement arrêtés, j'ai certainement appliqué des sangsues à des femmes qui auraient vu leur gonflement peu prononcé se dissiper seul et sans traitement, et qui n'auraient jamais éprouvé d'accidents graves. Je suis pleinement convaincu de ce fait, je l'avoue bien hautement, mais comme au début de ces accidents locaux, il est tout à fait impossible d'affirmer ce qui surviendra ultérieurement; comme rien ne dit quel exemple se bornera à un gonflement local peu douloureux capable de disparaître facilement et spontanément, quel autre ira plus loin, et par un développement successif des accidents aboutira à une terminaison funeste, comme rien, dis-je, ne peut éclairer sur ce point, l'expérience m'a prouvé la nécessité d'agir énergiquement et de ne pas perdre un temps précieux, perte cruellement irréparable, surtout quand l'action exercée n'a pas grand inconvénient réel, principalement si on compare ses effets aux dangers qu'il s'agit de conjurer.

C'est cependant ici que bien des fois des scrupules sont venus

m'assaillir, et que, dans plusieurs exemples, j'ai perdu moi-même le temps que je conseille si nettement de mettre à profit. La femme disait qu'elle n'avait aucune douleur, les sangsues précédentes avaient diminué le gonflement, j'espérais que le reste pourrait probablement se dissiper spontanément sous l'influence du moyen employé. Enfin, j'avais peur de m'attacher moi-même trop aveuglément à une idée, de devenir en quelque sorte monomane sur ce point, et de me faire illusion sur la nécessité d'un moyen assez dur à employer avec cette suite.

Il faut, en effet, un certain courage pour mettre des sangsues à une femme en couches, quand déjà soixante ou quatre-vingts ont été appliquées et quand les accidents sont en voie décroissante. Ce courage, il faut l'avoir, car les accidents reviennent vite s'ils ne sont pas tout à fait dissipés. Dans bien des cas, j'ai amèrement regretté d'avoir trop bien espéré du succès et d'avoir laissé surgir toutes mes hésitations. Il est tout aussi funeste de cesser trop tôt le traitement que de le commencer trop tard. Dans toutes ces appréciations, il faut se guider sur le gonflement au moins autant que sur la douleur. Beaucoup de femmes, comme j'ai eu l'honneur de vous le dire, cachent la douleur qu'elles éprouvent, et très fréquemment j'ai entendu les malades confesser que, la veille, elles éprouvaient, au niveau du gonflement constaté, une douleur très vive que les sangsues avaient enlevée, bien qu'elles eussent nié énergiquement la veille la réalité de la douleur par peur de celles que pourraient causer les sangsues.

Il faut donc ne pas être trop ménager d'applications sanguines locales. Je les préfère de beaucoup aux émissions générales que j'ai essayées une ou deux fois, mais qui m'ont paru déprimer bien vite les femmes sans grand bénéfice pour l'état local. Je préfère également les sangsues aux ventouses souvent douloureuses et plus souvent mal appliquées dans nos hôpitaux, où on n'obtient

pas toujours la quantité de sang désirable. Avec les sangsues, il faut, au contraire, être prévenu de l'inconvénient opposé, elles saignent souvent beaucoup trop, et il faut bien surveiller ce point.

A l'emploi des émissions sanguines locales j'ai été conduit à joindre promptement l'usage des frictions mercurielles et celui de larges vésicatoires sur le ventre, sans savoir que telle était la conduite de mon honoré maître M. le professeur Velpeau. Les premières ont de grands avantages et on est à peu près sûr de la guérison quand la salivation se déclare, car les femmes frappées assez durement pour en mourir plus tard ne salivent pas ordinairement. Le frisson de l'infection bien déclaré vous n'aurez presque jamais de salivation. Sous l'influence de ce moyen employé comme adjuvant des émissions sanguines locales, la guérison m'a paru beaucoup plus rapide et plus sûre que chez des femmes qui ont guéri cependant sans l'emploi du moyen, mais avec des traverses bien dangereuses et dans un temps beaucoup plus long. Si les frictions mercurielles ont un grand avantage, elles ont dans nos hôpitaux un inconvénient terrible, elles tuent presqu'à coup sûr les enfants si les mères continuent de les allaiter, et en temps d'épidémie une nourrice dans une salle serait bien insuffisante. La charité des femmes bien portantes qui allaitaient avec leur propre enfant ceux des voisines malades nous a souvent tiré d'embarras, mais souvent nous avons bien amèrement déploré l'absence d'une nourrice, la mauvaise qualité du lait fourni dans le service et les rigueurs du budget administratif. La dose des frictions doit être très élevée. Je partage pleinement sur ce point l'opinion de mon illustre maître. On avait l'air dans un journal de lui reprocher ses hautes doses dont on étalait le tableau. Celui qui lui faisait ce reproche n'a probablement jamais été aux prises avec les difficultés cliniques. Cela est très facile à dire dans son cabinet quand on aligne toutes choses au bec de sa plume, mais sur le terrain

la chose est moins lissée, moins polie, on sent parfaitement qu'il faut aller vite pour échapper aux dangers de l'infection qui menace et qui vous envahit souvent malgré toutes les précautions possibles.

Les frictions sont continuées même après l'application du vésicatoire sur l'abdomen et cela n'est pas bien difficile, bien que le même journaliste ait demandé comment cela pouvait se faire. Les frictions sont continuées sur les cuisses, sur les flancs, sous les aisselles et le vésicatoire est appliqué sur l'abdomen. Mais il faut bien observer une précaution pour l'emploi de ce dernier moyen. Jamais le vésicatoire ne devra être placé au niveau des plaies des sangsues, ni au niveau des points où les téguments abdominaux sont très relâchés chez certaines femmes.

Pour avoir négligé cette précaution, dont il faut prévenir les élèves, j'ai vu, notamment chez une femme, une gangrène de la peau de toute la largeur du ventre qui, par bonheur, a guéri chez elle, mais qui n'en a pas moins constitué un accident dont j'ai été très malheureux et qui eût pu avoir des suites fâcheuses.

Je n'ai jamais vu de bons effets du calomel à l'intérieur, même à doses fractionnées, destinées à aider à la salivation. Il a le grave inconvénient, selon moi, d'aider à la diarrhée, laquelle ne survient toujours que trop tôt, car elle m'a toujours paru un phénomène du plus déplorable augure. Contre elle, lorsqu'elle existe, je crois que les préparations opiacées en lavement, aidées, dans les cas les plus rebelles, de quelques doses très légères de nitrate d'argent ou de perchlorure de fer également en lavements, sont les moyens les plus appropiés. J'ai joint l'opium par la bouche dans quelques cas.

J'ai dit plus haut que je reviendrais sur ce qu'a écrit M. Mattei. C'est là une parole dont l'expérience ultérieure m'a montré toute l'imprudence. Quand j'ai commis la faute de la prononcer, j'avais devant l'esprit, non pas son opinion sur le fond de la maladie.

mais ce qu'il dit de l'emploi du seigle ergoté comme moyen préventif. Comme j'ai eu l'honneur de vous le dire, j'ai commencé par là, et loin d'arriver aux mêmes résultats que lui, j'ai cru constater que les femmes se trouvaient mal de l'emploi de ce moyen. Il m'a paru éveiller la douleur, et il a été parfois le signal des accidents locaux. C'est au moins ce que j'ai vu, mais j'ai peut-être mal vu; cependant je ne l'emploie plus.

Je n'ai eu que rarement recours aux bains, il y a, à l'hôpital, quelques difficultés d'application pour l'emploi de ce moyen. Il faut transporter la malade et nous ne sommes jamais sûrs qu'elle ne prendra pas froid. Un service bien entendu devrait comporter une salle de bains directement contiguë à la salle elle-même, autrement le danger surpasse les avantages possibles.

Voilà, mon cher maître, les moyens que j'ai mis en œuvre; ils m'ont paru très utiles. Je crois leur emploi préventif indispensable, et c'est un des points pour lesquels la découverte du signe local que j'ai indiqué m'a paru surtout importante. Je ne prétends pas qu'on jugulera toujours la maladie, mais je crois fermement que j'aurais perdu plus de femmes si je n'avais pas su reconnaître aussi vite leur état de maladie. On m'opposera, je le sais, le chiffre de mortalité de mon service, mais, je le répète, ce chiffre n'a pas une valeur réelle parce que, dans la période dont je présente les résultats, j'ai souvent agi avec l'hésitation d'un novice. Enfin, tout en croyant à l'efficacité de ces moyens, j'en accepterais d'autres si on me démontrait leur supériorité, et, quels qu'ils soient, il faut encore savoir que, pour cette maladie, comme pour tant d'autres, la généralisation à l'état épidémique rendra souvent tout traitement inefficace.

Quant à la période d'infection, rien n'y fait. Empêcher sa venue, voilà le problème. Quand elle existe, pour moi, tout est fini.

Je m'arrête ici. Que de choses, mon cher maître, je dois mettre

de côté sur les terminaisons de la maladie qui nous occupe, par abcès éliminés au dehors selon diverses voies; sur les accès intermittents qu'on observe chez certaines femmes pendant la couche; sur la néphrite sub-aiguë, qu'on constate sur plusieurs d'entre elles, et qui peut-être pourrait être rapprochée des cas d'albuminurie; sur l'état des urines; même sur la fièvre de lait, accident bien parfaitement physiologique et qui ne me paraît pas une dépendance de la prétendue fièvre puerpérale, et enfin sur un ou deux autres points de détails. Mais il faut finir, j'ai peut-être même abusé de votre attention.

J'avais surtout en vue d'établir ce que les faits m'avaient démontré, à savoir que la fièvre puerpérale des auteurs spéciaux n'existe pas. Je ne fais aucun doute de le croire et je n'hésite pas à le dire.

Je ne crois pas que cela soit inutile, quand on le dit les faits à la main. Je ne suis pas de ceux qui pensent qu'après une discussion, tout le monde garde toujours son opinion. C'est d'abord une remarque peu polie pour l'esprit de ceux à qui on s'adresse, que l'on suppose murés à la vérité par leur entêtement sans limites, et ensuite je crois fermement au triomphe des idées justes. Il faut quelquefois de la patience et du temps dans la lutte qu'elles ont à soutenir avant d'être acceptées pleinement, mais leur succès est assuré pour l'avenir. Ce qui est vrai a toujours le dessus et si des opinions préconçues, des positions prises cherchent à enterrer une vérité, les jeunes générations sont là pour la mettre en lumière et pour l'adopter.

Pour moi, je crois être dans le vrai. Qu'on me prouve cependant que j'ai tort, mais par des preuves et non par des affirmations, par des faits bien observés et non par des hypothèses alambiquées dans le silence du cabinet, et la doctrine que je soutiens n'aura pas de plus vif adversaire que moi. Je me suis jeté dans l'étude de ces

faits pour chercher la vérité, où on me la montrera, sur ce point comme sur tout autre, j'irai, quelque pénible ou quelque compromettant que soit le chemin.

Et maintenant, bien cher maître, laissez-moi vous remercier de cœur d'avoir bien voulu recevoir ces lettres et de les avoir reçues avec la bonté que vous avez bien voulu me témoigner. Chemin faisant, j'ai différé d'opinion avec vous sur plusieurs points, et je l'ai dit ; je savais bien que je pouvais le dire, et que vous aimiez avant tout la franchise des opinions, ce gage de la franchise des amitiés. Vous avez, à propos de ces petites dissidences, redoublé les expressions de votre bienveillance avec la bonne grâce que vous savez mettre dans les manifestations de cette nature. Cela ne m'a pas étonné le moins du monde, mais je tiens à ce qu'on sache bien que vous avez agi ainsi. L'exemple est quelque peu rare et il prouve une fois de plus toute la liberté comme toute l'étendue de votre esprit, en même temps que cela m'est un honneur d'avoir été l'objet et l'occasion de cette marque de votre supériorité sur beaucoup d'autres.

Veuillez agréer, mon cher maître, avec l'expression de toute ma profonde gratitude, l'assurance de mon bien entier et bien affectueux dévouement.

Bien à vous de cœur,

BÉHIER.



Paris.—Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Binding
18/-
paid for
by me
EC.